

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES AVEC MÉMOIRE

PAR
FRÉDÉRIQUE DONTIGNY

FACTEURS FACILITANTS ET BARRIÈRES : DES PISTES DE SOLUTION POUR
UNE IMPLANTATION RÉUSSIE DES IPSSM!

SEPTEMBRE 2019

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire.

Au cours des dernières décennies, le réseau de la santé et des services sociaux a connu de nombreux changements. Les soins et services à offrir à la clientèle se sont complexifiés nécessitant l'évolution de la profession infirmière. Au fil des ans, de nouveaux rôles infirmiers ont été déployés au Québec, dont, les infirmières¹ praticiennes spécialisées (IPS) qui œuvrent depuis 2006 (D'Amour, Tremblay, & Proulx, 2009). Le rôle des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) est novateur et son implantation doit être réussie afin de préconiser des soins de qualité et adaptés, tout en étant accessibles aux patients. Cependant, il faut considérer que c'est un nouveau rôle et ce dernier n'est pas suffisamment connu à ce jour. La trajectoire de soins actuelle en santé mentale ne tient pas compte de la place que l'IPSSM prendra auprès des patients laissant ainsi une incertitude quant à son intégration dans le continuum de soins. La présente étude exploratoire a permis de déterminer les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation des IPSSM. Ces éléments ont été déterminés suite à un sondage par questionnaires effectué auprès d'étudiantes IPSSM, de psychiatres, d'IPS en première ligne (IPSPL) et de médecins de famille (MDF). Puis, les facteurs facilitants et les barrières ciblés ont permis l'élaboration de pistes de solution afin de contribuer à la réussite de l'implantation du rôle novateur des IPSSM.

¹ N.B. Le terme infirmière est utilisé tout au long du mémoire et englobe également les infirmiers.

Mots-clés : facteurs facilitants, barrières, implantation, pratique infirmière avancée, santé mentale.

Key words: Facilitating factors, barriers, implementation, advanced practice nursing, mental health

Table des matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Liste des abréviations	x
Remerciements	xiii
Introduction	1
Chapitre 1: Problématique	4
1.1 Santé mentale	5
1.2 Statistiques en santé mentale	6
1.3 Suivi de la clientèle en santé mentale	8
1.4 Infirmière en santé mentale	12
1.4.1 Rôle	12
1.4.2 IPSSM	14
1.5 Objectifs de l'étude exploratoire	16
Chapitre 2: Recension des écrits	17
2.1 Santé mentale	18
2.1.1 Besoins, complexité	18
2.1.2 Spécialité santé mentale	20

2.1.3 Plan d'action en santé mentale (PASM)	20
2.2 IPSSM	23
2.2.1 Importance de la pratique infirmière avancée	23
2.2.2 PIA en santé mentale	25
2.2.3 Rôles et responsabilités	27
2.2.4 Implantation des IPSPL	29
2.2.5 IP en santé mentale	33
2.2.6 Implantation IPSSM	34
2.3 Modèle conceptuel	35
2.3.1 Choix du modèle	35
2.3.2 Conception du modèle	36
2.3.3 Angles du modèle	38
2.3.4 Facteurs du modèle	39
2.4 Question de recherche	41
Chapitre 3: Méthodologie	42
3.1 Type d'étude	43
3.2 Population, milieux	43
3.3 Échantillon	45
3.4 Définition opérationnelle des termes	46

3.5 Instruments de collecte de données.....	47
3.6 Rigueur méthodologique	50
3.7 Déroulement de l'étude et considérations éthiques	51
3.8 Plan de l'analyse des données	52
Chapitre 4: Résultats	54
4.1 Données sociodémographiques.....	55
4.1.1 Psychiatres	55
4.1.2 Médecins de famille	56
4.1.3 IPSPL	56
4.1.4 ÉIPSSM	57
4.2 Ressources humaines	57
4.3 Processus de travail	65
4.3.1 Indicateurs démontrant l'importance de l'IPSSM dans le réseau de la santé	66
4.3.2 Qualité des soins	67
4.3.3 Continuité des soins	68
4.3.4 Collaboration avec le psychiatre	69
4.4 Environnement psychosocial du travail	72
4.5 Commentaires recueillis	75

Chapitre 5: Discussion	77
5.1 Ressources humaines	78
5.2 Processus de travail	89
5.3 Environnement psychosocial du travail	96
5.4 Commentaires	101
5.5 Facteurs facilitants et barrières.....	104
5.6 Limites de l'étude	108
5.7 Forces de l'étude.....	109
Conclusion.....	111
Références	114
Appendice A Questionnaire ÉIPSSM	122
Appendice B Questionnaire psychiatre	128
Appendice C Questionnaire MDF	134
Appendice D Questionnaire IPSPL.....	140
Appendice E Certificat d'éthique UQTR.....	146
Appendice F Certificat d'éthique CISSS de Lanaudière	148
Appendice G Lettre d'appui RRAPPL-UL	151
Appendice H Acceptation de modification par UQTR	153
Appendice I Formulaire d'information et de consentement	155

Liste des tableaux

Tableau 1 : Tâches pouvant être effectuées par IPSSM selon les participants et délai associé	59
Tableau 2 : Division du temps	60
Tableau 3 : Facteurs facilitants « Ressources humaines »	61
Tableau 4 : Barrières « Ressources humaines »	63
Tableau 5 : Intensités de soins	64
Tableau 6 : Bureau IPSSM	65
Tableau 7 : Indicateurs de soins pouvant être influencés par IPSSM	66
Tableau 8 : Facteurs facilitants « Environnement psychosocial du travail »	73
Tableau 9 : Perception des participants face à l'arrivée des IPSSM	74
Tableau 10 : Commentaires	76
Tableau 11 : Facteurs facilitants en lien avec l'implantation des IPSSM	105
Tableau 12 : Barrières en lien avec l'implantation des IPSSM	106

Liste des figures

Figure 1 : Modèle intégrateur en organisation des soins et du travail	37
---	----

Liste des abréviations

Abréviations	Signification
AAOR	Accueil, analyse, orientation et référence
AIPSQ	Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
AMPQ	Association des médecins psychiatres du Québec
APA	American Psychiatric Association
AQIISM	Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CEOST	Centre d'expertise en organisation des soins et du travail
CISSSL	Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMQ	Collège des médecins du Québec
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
DPI	Développement professionnel infirmier
DSI	Directrice des soins infirmiers
DSP	Directeur des services professionnels
ÉIPSSM	Étudiantes IPSSM
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupes de Médecine Familiale
GMF-U	Groupes de médecine de famille universitaires
HDJ	Hôpital de jour
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IP	Infirmière praticienne
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IPSPL	Infirmière praticienne spécialisée en première ligne
IPSSM	Infirmière praticienne spécialisée en santé mentale
LPL	La lueur du phare de Lanaudière
MDF	Médecin de famille
MEES	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur
MSRP	Médecin spécialiste répondant en psychiatrie
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
NP	Nurse Practitioner
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORIILL	Ordre des infirmières et infirmiers de Laurentides et Lanaudière
PASM	Plan d'action en santé mentale
PIA	Pratique infirmière avancée
PPEP	Programmes de premiers épisodes psychotiques
RAMQ	Régie de l'assurance-maladie du Québec

RI	Ressources intermédiaires
RNI	Ressources non institutionnelles
RRAPPL-UL	Réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne de l'Université Laval
SIDIIEF	Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Suivi d'intensité variable
TSM	Trouble de santé mentale
UIB	Unité d'intervention brève
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de maîtrise dans un premier temps, Mme Liette St-Pierre, non seulement pour tout le temps accordé à la réalisation de ce projet de maîtrise, mais aussi pour tous les conseils transmis dans mon parcours de deuxième cycle. Je souhaite aussi la remercier pour les échanges et le soutien apporté, ceux-ci ayant permis de faciliter mon parcours et m'encourager à poursuivre aux études de troisième cycle.

Je remercie également les membres de famille de même que mon conjoint pour le soutien apporté tout au long de ma maîtrise, tant dans les moments positifs et enrichissants que les plus stressants. Je n'aurais pas pu y arriver sans votre support et je vous en suis très reconnaissante!

Un merci très sincère également à ceux qui ont soutenu financièrement la réalisation de ce projet : le programme de bourse MEES-Universités 2018-2019 en collaboration avec l'OIIQ ainsi que ma directrice Mme St-Pierre, l'AQIISM, la Fondation de l'UQTR ainsi que l'ORIILL.

Introduction

La santé mentale fait l'objet d'une conscientisation sociétale importante et le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020 (MSSS, 2015) a été développé entre autres, afin d'augmenter l'accessibilité aux soins et services en santé mentale. Comme certaines personnes n'ont aucun suivi en santé mentale (St-Pierre & St-Pierre, 2017), le rôle novateur des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) se veut une solution afin de répondre à leurs besoins. Cependant, ce rôle émergent n'est pas encore bien défini, ni présent actuellement au sein du continuum de soins et services en santé mentale (Ricard, Page, & Laflamme, 2014). De plus, les IPSPL ont rencontré différents obstacles lors de leur implantation (D'Amour, Tremblay, & Proulx, 2009). Il importe donc de se soucier de l'arrivée des IPSSM en considérant différents éléments, par exemple les obstacles vécus par les IPSPL, et ce, afin de contribuer à la réussite de l'implantation de ce rôle novateur.

L'une des solutions à la problématique est donc de déterminer les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation des IPSSM, ce qui fait office d'objectif principal de la présente étude. Par la suite, cette étude a pour objectif d'émettre des pistes de solution sous forme de recommandations pour encourager la mise en œuvre des facteurs facilitants et de réduire les barrières pouvant survenir. Afin de répondre à ces différents objectifs, la question de recherche était la suivante : Quels sont les facteurs facilitants et les barrières pouvant survenir face à l'implantation des IPSSM?

Dans le cadre de la présente étude, le modèle intégrateur en organisation des soins et du travail (Bédard, Benoit, & Viens, 2005) a été utilisé afin de développer le questionnaire administré aux différents professionnels. L'instrument de mesure qui a ainsi été développé sera présenté dans ce mémoire. Les différentes populations ayant participé à l'étude seront également présentées, tout en précisant le milieu de chaque population.

L'analyse des résultats a permis d'identifier seize (16) facteurs facilitants et six (6) barrières à l'implantation du rôle. L'un des facteurs facilitants est l'importance accordée aux actions de poser une hypothèse clinique de même que de prescrire des examens diagnostics et des médicaments. Une des principales barrières identifiées est la méconnaissance du rôle attribuée aux IPSSM. Suite à ces résultats, des pistes de solution ont été émises, soit par exemple de présenter le rôle et les responsabilités des IPSSM aux différents collaborateurs. Pensons entre autres à l'équipe médicale, aux équipes cliniques et aux gestionnaires.

Enfin, les résultats de cette recherche, c'est-à-dire les facteurs facilitants et les barrières, sont comparés avec ce qui a été trouvé dans la littérature portant sur la pratique avancée pour les IPSPL du Québec ainsi que les infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale et qui pratiquent partout dans le monde. De plus, les pistes de solutions présentées sont aussi appuyées par les recommandations émises antérieurement en lien avec les IPSPL lors de leur implantation.

Problématique

Ce chapitre traite de la problématique et les éléments s’y rattachant. Il est divisé en cinq sections. La première section aborde la thématique de la santé mentale et ses différentes définitions. Puis, les statistiques entourant la santé mentale sont présentées dans la deuxième section de ce chapitre. La troisième section porte sur les différents suivis en santé mentale. Ensuite, le rôle actuel de l’infirmière en santé mentale et le nouveau rôle de l’IPSSM sont abordés. Enfin, la dernière section comprend les objectifs de cette étude exploratoire.

1.1 Santé mentale

La définition de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) concernant la santé mentale est la suivante : « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2018). Par ailleurs, un trouble de santé mentale (TSM) est défini comme étant : « un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d’un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l’existence d’un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental » (American Psychiatric Association (APA), 2015, p. 2).

Ainsi, un TSM peut avoir des effets sur la santé physique d’une personne en raison, entre autres, des symptômes qu’il cause. À titre d’exemple, un trouble anxieux peut entraîner des symptômes physiques chez une personne tels des symptômes cardiaques

(palpitations, douleur thoracique), qui peuvent être inquiétants pour la personne souffrant du TSM (Fortinash & Holoday Worret, 2016). Puis, dans le cas d'une dépression où il peut y avoir des troubles du sommeil et une perte d'énergie, ces symptômes peuvent avoir des répercussions au niveau du fonctionnement, par exemple dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ) et des activités de la vie domestique (AVD) (Fortinash & Holoday Worret, 2016). Ces effets découlant des différents TSM mettent l'accent sur l'importance d'assurer un accès aux soins et services adaptés aux besoins de la clientèle en santé mentale puisqu'ils sont multiples et variés selon le type de TSM. De plus, considérant que certains TSM sont de nature chroniques ou peuvent être récurrents, un suivi approprié peut permettre d'éviter de nombreuses complications, dont le recours à l'hospitalisation (Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2012).

1.2 Statistiques en santé mentale

Au Québec et au Canada, il y a environ une personne sur cinq qui est actuellement touchée par un TSM (INSPQ, 2012). La santé mentale étant un sujet qui est encore tabou, ce ne sont qu'environ 25 % des jeunes de 15 à 24 ans qui consultent pour leur problème de santé mentale et ce pourcentage ne s'élève qu'à 40 % chez les adultes selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), 2016. De ce faible pourcentage, ce sont 80 % qui consultent leur médecin de famille, soit en première ligne (OIIQ, 2016). Les facteurs en lien avec le fait que certaines personnes hésitent à consulter sont entre autres, la peur en lien avec la stigmatisation ou l'indisponibilité des services (OIIQ, 2016). Il faut

aussi mentionner que les TSM sont en augmentation et touchent de plus en plus de catégories d'âge (OIIQ, 2016). De plus, un TSM peut avoir des effets sur différentes sphères de la vie d'une personne, tant au niveau scolaire, professionnel, socioéconomique, ou relationnel (Agence de la santé publique du Canada (ASPC), 2015). Selon la même source, un TSM peut fréquemment être accompagné de comorbidités, que ce soit au niveau de la santé physique ou mentale. On constate que la santé mentale peut avoir sur la personne de nombreux effets qui doivent être évalués afin de tenir compte de la détresse vécue.

La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a mené une étude démontrant que les coûts directs liés à la santé mentale étaient de 42,3 milliards en 2011 et, en 2041, ils augmenteront approximativement à 290,9 milliards de dollars par année (CSMC, 2011). Ces coûts sont majoritairement constitués des services de santé, des services sociaux et des différentes mesures de soutien au revenu sans oublier les coûts élevés associés aux hospitalisations (CSMC, 2011). Le nombre d'hospitalisations lié à un diagnostic primaire ou secondaire en santé mentale s'élevait à 30 % de toutes les hospitalisations en 2003-2004 (Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 2011). Pour ces mêmes années, il était également indiqué que la totalité des jours d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique ou sur une unité de courte durée en raison d'un TSM était de 6,6 millions de jours (ICIS, 2011).

1.3 Suivis de la clientèle en santé mentale

Les suivis offerts à la clientèle souffrant de TSM sont catégorisés selon la première, deuxième et troisième ligne (MSSS, 2005). Tout d'abord, le guichet d'accès : accueil, analyse, orientation et référence (AAOR) permet aux intervenants d'évaluer les patients afin de les diriger vers les services appropriés selon leurs besoins (MSSS, 2015). La première ligne permet, entre autres, d'être la porte d'entrée dans les services de santé mentale, par exemple vers la deuxième et troisième ligne, ainsi que d'assurer un traitement à la clientèle qui s'y présente (MSSS, 2005). Les équipes de santé mentale en première ligne sont constituées entre autres, d'infirmières, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'agents de relations humaines et d'ergothérapeutes (La lueur du phare de Lanaudière (LPL), 2017). L'équipe de santé mentale en première ligne peut travailler conjointement avec les Groupes de Médecine Familiale (GMF) en fonction de partenariats établis, ce qui fait en sorte qu'un psychiatre n'a pas besoin d'emblée d'intervenir auprès de toutes les clientèles en première ligne (LPL, 2017). Bien que le psychiatre n'intervienne pas directement auprès de tous les clients de première ligne, le rôle de médecin spécialiste répondant en psychiatrie (MSRP), aussi appelé psychiatre répondant, est important à considérer pour différentes raisons. L'une d'elle est le rôle du MSRP auprès des médecins de famille et des pédiatres qui a pour but de bien outiller et former les médecins dans le domaine de la santé mentale (MSSS, 2015). À titre d'exemple, lorsqu'un médecin est en présence d'une personne atteinte d'un TSM plus grave et qu'il ne se sent pas suffisamment compétent pour agir auprès de celle-ci, le MSRP peut faciliter l'accès aux services de

même que contribuer à une continuité de soins plus optimale de par une collaboration et un soutien en ce sens (MSSS, 2015). Ce lien entre la première ligne et la santé mentale est donc à considérer et il est possible de se questionner à savoir si d'autres professionnels de la santé, par exemple les infirmières, pourraient être inclus dans ces échanges d'informations de même qu'au sein des partenariats de soins.

La deuxième ligne fait référence à des services plus spécialisés en ce qui a trait à la santé mentale, par exemple l'hôpital de jour (HDJ) et certains services offerts dans la communauté comme le suivi d'intensité variable (SIV) et le suivi intensif dans le milieu (SIM) (MSSS, 2015). Les services sont dits plus spécialisés en raison des clientèles desservies qui ont des problématiques plus complexes nécessitant la présence d'un psychiatre au sein de l'offre de services (LPL, 2017). L'hôpital de jour est considéré comme étant le service le plus intensif en deuxième ligne puisqu'il prévoit des rencontres effectuées tous les jours sur une période de temps déterminée et ce, afin d'éviter ou de réduire la durée d'une hospitalisation (LPL, 2017). Les programmes SIV et SIM sont offerts au sein de la communauté par les intervenants qui se déplacent chez la clientèle, ce qui favorise le maintien à domicile des patients atteints de TSM (MSSS, 2015). De plus, de tels programmes de suivi en communauté adaptés aux besoins des personnes et offerts conjointement à un hébergement autonome permettent de faciliter l'accès au logement en plus de favoriser des conditions de logement optimales (MSSS, 2015). Ces programmes sont aussi bénéfiques pour l'intégration des patients atteints de TSM dans la communauté, en plus de favoriser l'accès à l'emploi (MSSS, 2015). Le SIV permet un suivi variable de deux à sept rencontres par mois selon les besoins de la clientèle (LPL,

2017; MSSS, 2015). Généralement, l'intervenant coordonne les différents services offerts au patient en raison de la relation de confiance établie entre les deux (MSSS, 2015). Quant au SIM, c'est plutôt une équipe interdisciplinaire qui intervient auprès du patient pour huit rencontres et plus par mois (LPL, 2017; MSSS, 2015). De plus, parmi les services offerts en deuxième ligne, il faut aussi considérer les programmes de premiers épisodes psychotiques (PPEP), ceux-ci étant offerts en communauté et offrant des interventions s'adaptant à chaque personne et son entourage (MSSS, 2015). Puis, des services appelés résidentiels sont aussi offerts au sein de la communauté, soit les Ressources intermédiaires (R.I.) et les Ressources non institutionnelles (R.N.I.), pour les personnes qui nécessitent une certaine supervision ou même un accompagnement de moyenne intensité, mais de façon continue (LPL, 2017). Il importe donc de reconnaître le rôle primordial de l'infirmière au sein des différents services, entre autres de par leur contribution à la coordination des suivis afin que l'hospitalisation soit utilisée de façon efficiente (Ricard et al., 2014).

Les suivis offerts à la clientèle en troisième ligne font référence à l'hospitalisation dans un milieu considéré comme étant surspécialisé (MSSS, 2015). L'hospitalisation peut être effectuée à l'unité d'intervention brève (UIB), sur les unités de courte durée ou encore sur les unités psychiatriques de soins et de réadaptation de longue durée, sur les unités en pédopsychiatrie ou sur les unités médicolégales (LPL, 2017; MSSS, 2015).

Bien que la majorité des patients ayant un TSM bénéficient d'un suivi avec un psychiatre ou un médecin de famille, certains patients en santé mentale n'ont tout simplement pas de suivi et se retrouvent sans ressources, tel que démontré dans une étude

menée dans la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (St-Pierre & St-Pierre, 2017). Pourtant, le PASM affirme que l'accessibilité et l'intégration des soins et services doivent être des priorités pour les établissements de santé (MSSS, 2015). Différents organismes sont donc présents dans la communauté afin d'aider les patients atteints de TSM ainsi que leur famille. L'importance accordée aux organismes communautaires s'explique, entre autres, par leur capacité à offrir différents services de qualité et adaptés aux personnes ayant un TSM afin de maintenir leur participation au sein de la communauté (MSSS, 2015). De plus, le financement de ces organismes communautaires devrait représenter minimalement 10 % du budget alloué à la santé mentale, et ce, dans toutes les régions de la province (MSSS, 2015).

La clientèle souffrant de TSM peut avoir de multiples complications au fil du temps (INSPQ, 2012). D'ailleurs, la surmortalité des personnes atteintes d'un TSM est associée d'une part au suicide, mais aussi aux différents facteurs de risque pouvant mener à des problèmes de santé tels que le cancer ou les maladies cardiovasculaires (INSPQ, 2012). Toujours selon la même source, les problèmes de santé physique développés par cette clientèle se complexifient, ce qui peut engendrer diverses complications (ex. : syndrome métabolique, dépression ou suicide). Ces problèmes peuvent entraîner des hospitalisations récurrentes chez ces patients. Le PASM 2015-2020 expose d'ailleurs la difficulté pour certains patients de recevoir les soins et services nécessaires au sein d'un même établissement ou de manière continue en raison d'autres problèmes de santé présents (MSSS, 2015). On constate que de multiples suivis existent en santé mentale et il peut être difficile de s'y retrouver pour les personnes atteintes de TSM. C'est pourquoi

il est nécessaire d'arrimer les services au sein même des organisations (MSSS, 2015) puisqu'un suivi absent ou inapproprié du patient peut entraîner diverses complications allant de l'hospitalisation au décès de celui-ci (INSPQ, 2012). À travers ces différents suivis en santé mentale, le rôle infirmier demeure central. Les infirmières, en fonction de leurs aptitudes et responsabilités, interviennent à tous les niveaux de service, que ce soit : « en matière de prévention, d'évaluation, de dépistage, de surveillance et de suivi » (Ricard, et al., 2014, p.139).

1.4 Infirmière en santé mentale

1.4.1 Rôle

Les infirmières en santé mentale ont un rôle important, entre autres, car elles sont présentes lors de l'hospitalisation des patients en santé mentale et elles « sont les principales responsables de la qualité et de la sécurité des soins offerts » (Ricard et al., 2014, p.143). Elles interviennent aussi au sein des différentes équipes de suivis et ont la capacité de faciliter l'accès aux différents soins en fonction des besoins de chaque personne, en plus d'assurer une continuité de soins pour les clients atteints de TSM (OIIQ, 2016). Le champ d'exercice est balisé par les Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale (OIIQ, 2016), ces derniers qui agissent à titre de cadre de pratique pour les infirmières afin de leur permettre d'exercer leur leadership infirmier auprès des personnes ayant un problème de santé mentale. La spécialité infirmière en santé mentale regroupe différentes composantes, dont l'évaluation des facteurs de risque,

l'intervention en situations de crise, la prise en charge des comportements d'automutilation et d'autodestruction ainsi que la connaissance des comorbidités entourant les TSM (OIIQ, 2016).

L'infirmière en santé mentale doit prodiguer ses soins en considérant les valeurs du PASM 2015-2020 qui sont la primauté de la personne, le partenariat avec les personnes de l'entourage et la division des responsabilités (MSSS, 2015). L'infirmière doit favoriser la primauté de la personne en tout temps. Elle doit donc considérer la personne dans son entièreté, de même que les relations que celle-ci entretient avec son environnement (OIIQ, 2016). L'infirmière doit aussi favoriser le partenariat avec les membres de l'entourage. Elle doit reconnaître l'importance de la présence des proches, et doit encourager leur participation dans les soins requis par la personne (OIIQ, 2016). Enfin, au niveau du partage des responsabilités, la collaboration entre les différents professionnels et les partenaires de soins est considérée comme étant essentielle à la pratique en santé mentale (OIIQ, 2016).

En raison de la complexité de la pratique infirmière en santé mentale, la pratique infirmière avancée (PIA) a été développée au Québec (Ricard et al., 2014). En plus des connaissances et compétences en sciences infirmières, les connaissances provenant des différentes disciplines connexes (psychologie, sciences sociales et neurobiologie) sont utilisées afin d'améliorer l'état de santé du client et sa famille pour atteindre les résultats escomptés (OIIQ, 2016). Pour la pratique avancée, l'ajout de connaissances et compétences provenant du domaine médical de même que l'arrimage avec des lignes directives mènent vers un rôle novateur dans la spécialité de la santé mentale. Il importe

cependant que l'on s'attarde à l'implantation de ce rôle novateur, afin qu'il puisse répondre aux besoins de la clientèle et que le milieu clinique puisse accueillir les IPSSM de façon adéquate afin que celles-ci fassent partie intégrale du système de la santé.

1.4.2 IPSSM

En 2014, Ricard, Page et Laflamme ont identifié le besoin d'une PIA en santé mentale afin d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale ainsi que la qualité de ces soins. Le nouveau rôle des IPSSM peut donc être vu comme étant une des solutions possibles au manque de suivi pour certaines personnes atteintes de troubles mentaux. Des effets positifs face à ce rôle novateur sont attendus, notamment : « l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la continuité des soins et services » (OIIQ & Collège des médecins du Québec (CMQ), 2018, p.9), et ce tant en première, deuxième que troisième ligne auprès des personnes atteintes de TSM, incluant les troubles d'usage de substances (OIIQ & CMQ, 2018). Toutefois, le rôle de l'IPSSM a été créé, mais aucun document n'est disponible auprès du MSSS ou de l'OIIQ afin de justifier la prise de décision entourant ce nouveau rôle. De ce fait, il est important de considérer que le programme a débuté en septembre 2017 dans les universités. Quant au règlement encadrant la pratique des IPSSM, il a été adopté en février 2018 et les lignes directrices ont été adoptées en avril 2018 par l'OIIQ et le CMQ. Ceci peut donc porter matière à réflexion à savoir si une vision entourant l'implantation du rôle a été envisagée. D'ailleurs, en plus de l'implantation du rôle qui n'est pas encore arrimée dans les milieux, le continuum de soins actuel en santé mentale présent dans le PASM 2015-2020 (MSSS, 2105) ne définit pas la place éventuelle

de l'IPSSM. Il apparaît donc important de voir comment les milieux cliniques peuvent se préparer à l'arrivée des IPSSM afin de s'assurer que l'organisation du travail et l'intégration de celles-ci se fassent de façon optimale.

Afin de favoriser l'intégration des IPSSM au Québec, les éléments soulevés par Contandriopoulos et ses collègues (2014) suite à l'arrivée des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) dans les milieux cliniques doivent être considérés. Ces éléments sont autant l'accueil et le volet administratif, mais également le soutien qui sera offert par la chef d'unité ainsi que la directrice des soins infirmiers (DSI) (Contandriopoulos et al., 2014). Afin d'éviter de répéter les mêmes erreurs que lors de l'implantation des IPSPL, il faut planifier l'arrivée des IPSSM en considérant les difficultés rencontrées par les IPSPL. À titre d'exemple, des divergences quant au rôle des IPS dans les milieux ont été soulevés par ces auteurs. D'autres auteurs ont mentionné le manque d'uniformisation entre les milieux par rapport au modèle de suivi (D'Amour, Tremblay, & Proulx, 2009). Cette réalité a fait en sorte que certaines IPS exerçaient un rôle de consultation tandis que d'autres avaient leur propre charge de patients. Un autre élément qui ressort des écrits consultés est lié aux enjeux de pouvoir. Malgré la présence d'une direction des soins infirmiers au cœur des décisions, le pouvoir médical reste très présent et a une forte influence dans les différentes décisions prises (D'Amour et al., 2009). Cette influence du pouvoir médical s'est répercutée, entre autres, au niveau de la représentation de même que l'implantation du rôle des IPS au Québec (D'Amour et al., 2009).

Puisqu'il est important de s'attarder à l'intégration des IPSSM afin que la mise en place soit un succès, il est nécessaire d'identifier les différents éléments pouvant influencer le succès de cette intégration. La solution principale qui est retenue dans le cadre de ce projet de recherche est de cibler les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation des IPSSM. Ces éléments déterminés pourront alors agir à titre de balises pour optimiser l'implantation des IPSSM dans les milieux de soins. Une implantation réussie pourra ensuite être bénéfique pour les patients souffrants de TSM.

1.5 Objectifs de l'étude exploratoire

L'objectif principal visé de la recherche est de documenter les facteurs facilitants et les barrières à l'implantation des IPSSM. Par la suite, des recommandations sous forme de pistes de solution qui agiront à titre de balises claires pour faciliter l'arrivée des IPSSM pourront être émises afin d'encourager la mise en œuvre des facteurs facilitants, tout en tentant de limiter les barrières.

Recension des écrits

Dans ce chapitre, les différents articles qui abordent la problématique seront présentés. Dans un premier temps, les besoins de la clientèle en santé mentale sont exposés ainsi que la complexité entourant les TSM. Le PASM (MSSS, 2015) est aussi abordé ainsi que les concepts entourant l'implantation des IPSSM dans le réseau de santé québécois. Dans un troisième temps, le modèle conceptuel utilisé au sein de cette étude est brièvement expliqué et, enfin, la présentation de la question de recherche complète ce chapitre. Afin de bien recenser les écrits avant la réalisation de l'étude, les mots-clés suivants ont été utilisés pour les recherches dans les bases de données : implantation, facteur facilitant, barrière, pratique infirmière avancée, santé mentale.

2.1 Santé mentale

2.1.1 Besoins, complexité

L'offre de soins et de services en santé mentale doit s'adapter aux réalités de la clientèle atteinte de TSM. Toutefois, la complexité des TSM ainsi que la chronicité des problèmes touchant cette clientèle ont des effets sur le suivi à offrir à celle-ci. Cette complexité se traduit, entre autres, par les effets physiques des différents TSM tels que nommés dans le premier chapitre et s'explique aussi par la polymédication. Il s'avère que le recours à plusieurs médicaments peut engendrer différentes comorbidités chez cette clientèle (Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE), 2012 ; Fortinash & Holoday Worret, 2016 ; Ward, Wynaden, & Heslop, 2018). À titre d'exemple, les antipsychotiques peuvent causer des effets secondaires, comme l'hypotension orthostatique, la sécheresse

de la bouche, des troubles sexuels ainsi que le syndrome métabolique (CSBE, 2012 ; Fortinash & Holoday Worret, 2016 ; Ward, Wynaden, & Heslop, 2018). Ce syndrome métabolique se caractérise par une augmentation du cholestérol et des triglycérides, une hausse de la pression artérielle, un taux de glycémie à jeun élevé et une obésité abdominale (CSBE, 2012 ; Fortinash & Holoday Worret, 2016 ; Ward et al., 2018). Ces effets néfastes sur la santé physique peuvent occasionner d'autres pathologies et un phénomène de comorbidités peut alors s'installer puisque plusieurs diagnostics peuvent être présents de façon simultanée. De plus, il faut aussi considérer que la chronicité a un effet sur les soins et services à offrir aux patients puisque l'intensité de soins est élevée. Bien que les personnes atteintes de TSM chroniques doivent bénéficier de soins et services adaptés, il faut également assurer un suivi approprié aux TSM dits récurrents. Une personne qui vit plusieurs épisodes dépressifs au cours de sa vie est un exemple de TSM récurrent et un suivi est donc nécessaire auprès de cette clientèle également (APA, 2015).

Les besoins de la clientèle en santé mentale sont nombreux ainsi que variés, ce qui explique la pertinence d'offrir différents programmes aux personnes souffrant de TSM, par exemple le SIV, SIM ou PPEP (MSSS, 2015). Afin de répondre aux besoins spécifiques et grandissants de la clientèle en santé mentale, certaines mesures ont été prises par le MSSS dont la mise en place d'un programme public de psychothérapie. Ce programme vise à assurer le meilleur accès possible à des services en santé mentale pour tous les Québécois (Gouvernement du Québec, 2017). Une telle mesure démontre l'importance des besoins en matière de santé mentale au Québec. Il s'avère que l'ensemble des professionnels de la santé sont concernés par cette problématique de santé.

2.1.2 Spécialité santé mentale

La psychiatrie est une spécialité qui fait la promotion d'une saine santé mentale, mais qui vise aussi le diagnostic et le traitement des personnes atteintes de TSM (Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), 2019). Il est d'ailleurs important de considérer que l'infirmière en santé mentale a un rôle en ce sens de promotion de la santé et de prévention de la maladie (OIIQ, 2016). Puis, les TSM sont généralement accompagnés d'une certaine détresse, ont un effet négatif sur le fonctionnement de l'individu et entraînent une diminution marquée des activités au niveau social, professionnel ou personnel (APA, 2015; CSBE, 2012). Les intensités de soins varient donc d'une personne à l'autre et la continuité de soins est primordiale pour répondre adéquatement aux besoins de la clientèle. L'infirmière a un rôle majeur à jouer quant à la continuité de soins puisqu'elle est souvent une intervenante pivot au sein des différents services et programmes (OIIQ, 2016). Le PASM 2015-2020 fait état du continuum de santé mentale ainsi que des soins et services offerts à la clientèle, tant les services généraux que ceux offerts par les équipes de première ligne en santé mentale et les services spécialisés et surspécialisés en psychiatrie (MSSS, 2015). Selon l'OIIQ (2016), assurer la continuité des soins et effectuer la coordination des soins en santé mentale sont d'ailleurs des activités importantes pour les infirmières.

2.1.3 Plan d'action en santé mentale (PASM)

Au Québec, différentes politiques en santé ont été adoptées afin d'améliorer la santé des Québécois. La première Politique de santé mentale a vu le jour en 1989.

Cependant, cette politique a mené à l'élaboration d'un premier plan d'action ministérielle seulement en 1998 (MSSS, 2015). Par la suite, le PASM 2005-2010 a été diffusé suite à une consultation réalisée en 2005 (MSSS, 2005, 2015). Ce plan d'action a d'ailleurs permis d'établir différentes stratégies, comme par exemple, les Journées annuelles de santé mentale qui ont été mises en place en 2006 par le MSSS visant la collaboration de partenaires ainsi que le partage de connaissances afin d'améliorer les services à la clientèle atteinte de TSM (MSSS, 2015).

Par la suite, le PASM 2015-2020 a été développé dans le but d'assurer un continuum entre les différents services en santé mentale. Il semble donc important que les intervenants en santé mentale de même que les différents acteurs et partenaires du réseau connaissent ce plan d'action. L'infirmière en santé mentale étant active au sein de nombreux programmes de soins et de services offerts aux personnes ayant des TSM, il semble pertinent de se demander comment l'IPSSM pourra se joindre à cette équipe d'intervenants en santé mentale et de multiples partenaires afin de jouer pleinement le rôle qui lui sera dévolu.

Le PASM 2015-2020 se décline en quatre grandes orientations :

- « Promouvoir la primauté de la personne et le plein exercice de sa citoyenneté.
- Assurer des soins et des services adaptés aux jeunes, de la naissance à l'âge adulte.
- Favoriser des pratiques cliniques et de gestion qui améliorent l'expérience de soins.
- Assurer la performance et l'amélioration continue des soins et des services en santé mentale » (MSSS, 2015, p.12).

Différentes mesures découlent de chacune de ces orientations, ce qui permet de mieux comprendre la mise en œuvre du plan d'action. Huit mesures découlent de la première orientation, et visent globalement à contribuer au rétablissement des personnes qui nécessitent l'utilisation des différents services. Ces mesures ont pour but de contribuer à l'exercice de citoyen à son plein potentiel, tant au sein du réseau de la santé et des services sociaux ou qu'à l'extérieur du réseau.

La deuxième orientation comprend neuf mesures, qui sont destinées plus spécifiquement aux jeunes. Ces mesures concernent le soutien dans l'optimisation du développement des enfants ainsi que des mesures ayant pour but d'adapter les différents soins et services selon leur âge. De plus, des mesures concernent spécifiquement les jeunes atteints d'un TSM.

La troisième orientation consistant en vingt-trois mesures a pour objectif d'apporter un soutien et de guider les différents acteurs qui sont en contact avec des personnes nécessitant des soins et services en santé mentale. Ces acteurs peuvent être ou non reliés aux services en santé mentale.

La quatrième orientation consiste à expliquer la mise en application du PASM 2015-2020. Elle comprend également la mesure des objectifs et l'évaluation des retombées du plan d'action afin d'assurer une amélioration constante des soins et services en santé mentale.

L'application du PASM nécessite l'implication de l'infirmière en santé mentale. Selon les dispositions législatives au Québec, les psychiatres sont responsables du traitement des personnes atteintes de TSM (*Loi Médicale*). Les infirmières sont quant à

elles responsables d'autres activités réservées, dont le suivi clinique (*Loi sur les infirmières et infirmiers*). Le travail en collégialité permet aux infirmières d'être plus présentes auprès des patients et de leur entourage en plus d'assurer un arrimage avec les autres professionnels de la santé œuvrant auprès de la clientèle TSM. L'infirmière joue également un rôle au niveau de la prévention et tient compte de chaque orientation du PASM. À la lumière des lignes directrices de l'IPSSM et donc de son rôle et ses responsabilités, en plus de la collaboration avec le psychiatre et l'impact d'une pratique infirmière avancée (PIA), l'IPSSM ne peut qu'être considérée comme une valeur ajoutée par rapport à sa contribution dans la mise en œuvre du PASM.

2.2 IPSSM

2.2.1 Importance de la pratique infirmière avancée

Tout d'abord, il est important de définir ce qu'est la PIA afin d'avoir un vocabulaire commun au sein de la profession. Au Québec, la définition de la PIA met l'accent sur un niveau supérieur de la pratique clinique en soins infirmiers qui permet d'utiliser à son plein potentiel les connaissances obtenues aux cycles supérieurs, en plus d'un savoir infirmier optimal et d'une compétence répondant aux besoins de la population (Morin, 2018). Cette définition est le résultat d'une étude réalisée par Morin (2018) qui avait pour but d'établir un consensus quant à la pratique infirmière avancée au niveau de la francophonie. En ce qui a trait à la définition de l'IPS spécifiquement au Québec, elle est définie comme une infirmière donnant des soins dans une approche holistique afin de

jumeler les soins d'ordres infirmiers de même que médicaux pour être en mesure de répondre, dans le cadre de sa spécialité particulièrement, aux différents besoins de la clientèle et son entourage (Chapados, 2006). Toutefois, il est important de retenir que cette PIA ne doit pas être considérée comme une pratique médicale puisqu'elle ne remplace pas une pratique médicale, mais la complète (Tracy & O'Grady, 2018). D'autres auteurs ont également nommé que les infirmières praticiennes doivent se définir comme des infirmières et non comme une sorte de médecin (Wortans, Happell, & Johnstone, 2006). L'infirmière praticienne a différentes responsabilités, dont la prise de décision complexe quant aux soins nécessaires, la prescription de médicaments selon la spécialité de l'infirmière praticienne, la réalisation de tests diagnostiques ainsi que l'orientation vers d'autres professionnels lorsque nécessaire (Ricard et al., 2014). En ce sens, la pratique infirmière avancée signifie que des connaissances infirmières de même que des compétences à un niveau avancé sont nécessaires (Tracy & O'Grady, 2018). Selon ces auteures, trois critères définissent une PIA : 1) des études de niveau supérieur avec une concentration liée à un rôle en PIA comme tel, 2) une certification d'ordre professionnel par rapport au rôle en PIA envers une population spécifique et 3) une pratique où l'accent est mis sur le patient et sa famille (Tracy & O'Grady, 2018).

L'appropriation du plein champ d'exercice de l'infirmière nécessite un fort leadership (Morin, 2018). L'usage du leadership est l'un des Standards de pratique infirmière en santé mentale qui a pour but d'encourager une meilleure collaboration avec les différents professionnels et secteurs d'activités (OIIQ, 2016). En ce sens, « le leadership est donc une compétence qui est essentielle à la PIA » (Mathieu et al., 2016,

p.107). Considérant que la PIA se justifie par l'évolution de la complexité des systèmes de santé, il est primordial de faire valoir celle-ci à sa juste valeur auprès des instances importantes (Morin, 2018). Afin d'y parvenir, un leadership d'influence doit être utilisé de même que des aptitudes politiques (Morin, 2018). Nous savons aussi que le leadership infirmier engendre des répercussions positives, tant pour les patients, par une meilleure satisfaction des soins reçus par exemple, que pour les systèmes de santé et la profession infirmière entre autres de par une pratique clinique selon les résultats probants (Mathieu et al., 2016). Ainsi, il est important de prendre en considération que les impacts d'une PIA, que ce soit au niveau clinique ou organisationnel, découlent d'une approche où le processus de changement a été prévu en plus de la mise à contribution d'un influent leadership (Morin, 2018).

2.2.2 PIA en santé mentale

Suite à la mise en place du premier programme de maîtrise en sciences infirmières aux États-Unis en 1954, la PIA a débuté au sein de la spécialité de la psychiatrie se traduisant par la création du rôle d'infirmières praticiennes (*Nurse Practitioner (NP)*) (Ricard et al., 2014). De plus, leur rôle a permis d'influencer l'Australie par la création d'un rôle similaire (Ricard et al., 2014). Le rôle d'infirmière praticienne (IP) en santé mentale en Australie a été bâti à partir d'une approche en trois phases, allant de l'exploration et du développement du rôle à implanter jusqu'à son évaluation (Wand, White, Patching, Dixon, & Green, 2010). Bien que certains actes médicaux soient autorisés chez ces infirmières, leur approche reste basée sur la discipline des soins

infirmiers (Ricard et al., 2014). Plus particulièrement, le rôle des IP en santé mentale est, en collaboration avec un médecin de famille ou un psychiatre, d'arrimer les soins nécessaires qui doivent être reçus chez une clientèle atteinte d'un TSM, de même qu'offrir des soins et services dans la communauté directement pour diminuer la stigmatisation ainsi qu'assurer un lien avec les différents services et diminuer les risques d'hospitalisation (Ricard et al., 2014). En ayant pris en considération l'expérience des États-Unis, l'Australie a tenté d'innover dès le déploiement du rôle des IP en santé mentale en mettant en place un cadre légal adopté à l'échelle nationale visant à encadrer la pratique (Ricard et al., 2014). L'implantation de ce rôle a permis des retombées positives, dont l'accessibilité aux différents services ainsi qu'une amélioration de la qualité des soins (Ricard et al., 2014). À titre d'exemple, une diminution a été notée quant aux hospitalisations dites non nécessaires et une amélioration à travers différents éléments, dont l'accessibilité aux divers services, la continuité à travers les soins, l'adhésion au traitement et le lien avec la communauté (Ricard et al., 2014). Il est également important de considérer l'étude quasi expérimentale qui a été réalisée et qui a permis de démontrer qu'il n'y avait pas de variation majeure quant à la symptomatologie et le niveau de satisfaction des patients entre le groupe contrôle, où les patients étaient suivis par un psychiatre, et l'autre groupe où les patients étaient suivis par une infirmière praticienne en santé mentale (Happell, Sundram, Wortans, Johnstone, Ryan, & Lakshmana, 2009). En ce sens, les infirmières praticiennes au Canada, incluant au Québec, se voient élargir leur rôle et bénéficient d'une plus grande autonomie par le biais des actes médicaux autorisés en plus des activités infirmières, ce qui permet de mieux répondre aux besoins de la

population (Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ), 2019). Le rôle et les responsabilités de l'IPS sont d'ailleurs détaillés au sein des lignes directrices (OIIQ & CMQ, 2018).

2.2.3 Rôles et responsabilités

Tout d'abord, il importe de considérer que certains principes doivent être respectés quant à l'élaboration de l'entente de partenariat entre l'IPSSM et le médecin partenaire. D'ailleurs, dans le document portant sur les lignes directrices (Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale : Lignes directrices), un tableau présente le rôle de l'IPSSM ainsi que celui du médecin partenaire, les responsabilités partagées entre les deux professionnels ainsi que les responsabilités propres à chacun (OIIQ & CMQ, 2018, p.31). De plus, cette entente doit être écrite et il est encouragé que les directeurs des soins infirmiers, des services professionnels ainsi que les autres directeurs concernés soient présents lorsque l'entente sera élaborée (OIIQ & CMQ, 2018).

Selon les lignes directrices émises par l'OIIQ et le CMQ, le rôle des IPSSM consiste, entre autres, à l'évaluation des troubles mentaux ainsi que l'exercice des cinq activités médicales réservées (OIIQ & CMQ, 2018). Ces cinq activités médicales autorisées pour l'IPS sont les suivantes (OIIQ & CMQ, 2018, p. 7).:

- Prescrire des examens diagnostiques ;
- Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice ;
- Prescrire des médicaments et d'autres substances ;

- Prescrire des traitements médicaux ;
- Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Les IPSSM peuvent suivre une clientèle de tout âge. Cette clientèle peut être tant en première, deuxième ou troisième ligne, mais aussi en contexte d'urgence selon son domaine de soins, en autant que l'urgence ne soit pas le seul endroit de pratique (OIIQ & CMQ, 2018). De par leur formation, les IPSSM peuvent évaluer les troubles mentaux, débiter un traitement suite à leur évaluation d'un trouble mental, émettre un arrêt de travail, faire différentes activités visant la promotion de la santé, la prévention de la maladie et la prévention du suicide ainsi que des activités en lien avec le respect des droits de la personne (OIIQ & CMQ, 2018). Malgré la possibilité pour l'IPSSM d'effectuer un suivi clinique auprès de la clientèle hospitalisée, le psychiatre répondant doit assurer lui-même la détermination du niveau d'intervention médicale et lui seul peut autoriser le congé hospitalier (OIIQ & CMQ, 2018).

La formation initiale de l'IPSSM ne lui donne pas l'autorisation d'effectuer la psychothérapie (OIIQ & CMQ, 2018). Toutefois, il serait probablement pertinent que cet acte puisse éventuellement faire partie de la formation des IPSSM puisque les besoins de la clientèle ayant des TSM sont nombreux. En résumé, le rôle et les responsabilités de l'IPSSM doivent être bien compris, et ce par les différents acteurs concernés de près et de loin par les IPSSM, afin d'assurer une implantation optimale du rôle novateur des IPSSM (OIIQ & CMQ, 2018).

2.2.4 Implantation des IPSPL

L'implantation des IPSPL se doit d'être abordée afin de mettre en lumière tant les répercussions positives de ce rôle novateur que les difficultés rencontrées lors du déploiement au Québec depuis 2009 (D'Amour et al., 2009). Ceci permettra d'éviter que ces difficultés se produisent à nouveau pour les IPSSM. Tout d'abord, un rôle comme celui exercé par les IPS permet de mieux répondre aux divers besoins des patients (D'Amour et al., 2009). Ce rôle favorise également une continuité des soins plus optimale et il offre une approche holistique du patient et de sa famille (D'Amour et al., 2009). De plus, les IPSPL seraient l'une des solutions pour les patients qui ont de la difficulté à accéder à un médecin de famille (MDF) (Chassin & Moreau, 2016). D'ailleurs, en mars 2017, le gouvernement du Québec mentionnait son objectif de former et d'offrir des postes à plus de 2000 IPS, toutes spécialités confondues, d'ici 2024-2025 et ce, afin de promouvoir un meilleur accès aux différents soins et services (Gouvernement du Québec, 2017).

Dans le but d'atteindre une implantation efficace, il est important de tenir compte de différents éléments négatifs qui ont pu être observés suite à l'implantation des premières IPS (D'Amour et al., 2009). La prise en compte de ces facteurs pourrait être utile pour tenter d'éviter qu'ils se présentent à nouveau avec l'arrivée des IPSSM. Dans un premier temps, différents écarts marqués ont été observés entre le rôle attendu en comparaison avec le rôle réel exercé par les IPS (D'Amour et al., 2009). Toujours selon cette étude, il est précisé que le pouvoir médical a une influence très forte au niveau de la formation et des responsabilités des IPS. D'ailleurs, malgré les activités des IPS fixées par

la Loi 90, le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) ainsi que le directeur des services professionnels (DSP) au sein des organisations sont ceux qui ciblent les responsabilités accordées aux IPS de même que l'aménagement de leur travail (D'Amour et al., 2009). En ce sens, les responsabilités des IPS ne sont pas uniformes d'un établissement à un autre, ce qui peut avoir de multiples répercussions, par exemple le type de suivi possible de la clientèle par l'IPS (D'Amour et al., 2009). Ces mêmes auteures soulèvent aussi un manque de connaissances de la part des autres professionnels de la santé, du rôle pouvant être exercé par les IPS, incluant les médecins eux-mêmes, qui collaborent de près ou de loin avec les IPSPL. Il faut aussi considérer certaines controverses ayant posé des problèmes quant au rôle des IPS lors de l'implantation de leur pratique. À titre d'exemple, D'Amour, Tremblay et Proulx (2009) nomment la crainte qui a été exprimée par les résidents en médecine de voir l'accès à leur clientèle être diminué. Ensuite, l'activité de prescrire n'étant pas toujours bien accueillie, il y a aussi le fait de poser un diagnostic qui amenait une certaine réticence au niveau du CMQ (D'Amour et al., 2009). Cependant, une récente ouverture du CMQ a permis d'allouer plus d'autonomie aux IPS en regard des diagnostics (OIIQ, 2019). Des modalités doivent être spécifiées par le CMQ quant à l'application de cette nouvelle autonomie, mais les IPS pourront dorénavant diagnostiquer les problèmes de santé courants en plus de six maladies chroniques (diabète, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, asthme, maladies pulmonaires obstructives chroniques et hypothyroïdie) (OIIQ, 2019). Cette annonce n'a donc pu qu'amener du positif pour les différentes classes de spécialités dont la santé mentale. Ceci a permis qu'une autonomie plus grande leur soit accordée puisque, tel que

cité par le président de l'OIIQ, M. Luc Mathieu, « les IPS ont toutes les compétences et connaissances afin de poser un diagnostic dans leur classe de spécialité respective » (OIIQ, 2019). En ce sens, les nouvelles lignes directrices adoptées en juillet 2019 par l'OIIQ et le CMQ nomment que l'IPSSM peut faire « l'élaboration d'hypothèses pouvant mener à une impression clinique » (OIIQ & CMQ, 2019, p.11). Puis, elles peuvent dorénavant prescrire selon leur classe de spécialité, sans se limiter à une liste particulière de médicaments et tests diagnostiques (OIIQ & CMQ, 2019).

Une autre difficulté soulevée par l'AIPSQ (2015) est que les patients suivis par une IPS sont inscrits au nom d'un MDF à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Ce fonctionnement rend difficile, voire impossible de connaître la clientèle qui est suivie par une IPS dans les GMF soit de façon autonome, soit de façon conjointe avec le MDF (AIPSQ, 2015). Les deux types de suivi font référence à deux modèles : celui dit « consultatif », qui fait référence à la plus grande autonomie possible pour l'IPS quant à la prise en charge de la clientèle, puis le modèle de suivi conjoint, qui fait référence à un suivi conjoint de la clientèle par l'IPS et le MDF (AIPSQ, 2015).

Afin qu'une IPS puisse exercer complètement son champ d'expertise, il doit y avoir certains facteurs facilitants qui entourent sa pratique. Différents éléments permettant de faciliter l'accueil des IPSPL ont été élaborés par Contandriopoulos et al. (2014). En ce sens, il est primordial que tous les autres professionnels qui devront travailler avec une IPS puissent connaître les éléments règlementaires et administratifs entourant la pratique de ces IPS (Contandriopoulos et al., 2014). De plus, Smith (2011) a publié un document présentant les conditions favorables ainsi que des recommandations à privilégier en lien

avec l'implantation des IPS. À titre d'exemple, elle recommandait d'obtenir un consensus par rapport à la définition du rôle et des responsabilités des IPS en plus du fait que les gestionnaires devraient offrir le soutien nécessaire aux IPS (Smith, 2011). Ses recommandations indiquaient aussi de favoriser la collaboration interprofessionnelle et le soutien professionnel par la mise en place d'une communauté de mentorat ainsi que de pratique (Smith, 2011). L'auteure fait aussi ressortir des barrières à cette implantation du rôle de l'IPS, dont le manque de précision des aspects au niveau légal et le faible soutien financier, ce dernier étant associé entre autres à la rémunération salariale. Les recommandations publiées par Contandriopoulos et ses collègues (2014) vont dans le même sens que celles émises par Smith. Ces recommandations abordent notamment la préparation de l'accueil de l'IPS, la clarification de son rôle, le modèle de suivi qui doit être cohérent avec la vision des IPS, l'importance de la pratique interdisciplinaire en collaboration ainsi que le soutien aux équipes qui accueillent les IPS.

Ces recommandations proposées doivent également être utilisées afin de bien intégrer les IPSSM dans le réseau de la santé et des services sociaux. Leur arrivée ne doit pas être perçue comme un problème, mais plutôt une solution à diverses lacunes au sein du système de soins actuel. Ce constat a d'ailleurs été soulevé pour l'implantation des IPSPL par Contandriopoulos et ses collègues (2014). L'accessibilité à des soins de santé ainsi que des soins équitables, tels que présentés dans le *Plan d'action 2015-2020 en santé mentale* (MSSS, 2015) sont prônés. Il faut donc que les instances qui accueilleront les IPSSM prennent en considération les apprentissages faits suite à l'intégration des premières IPS au Québec.

2.2.5 IP en santé mentale

Nous venons de présenter les différents obstacles qui ont été rencontrés au Québec par rapport à l'implantation du rôle de l'IPSPL. Il importe aussi de prendre connaissance des obstacles rencontrés pour le rôle de l'IP en santé mentale, tant dans les autres provinces canadiennes que dans les autres pays. Une recension des écrits a permis d'identifier des barrières quant à l'implantation du rôle d'infirmière praticienne au Canada à différents niveaux, soit en lien avec l'organisation, les systèmes et le cadre de pratique (Sangster-Gormley, Martin-Misener, Downe-Wamboldt, & DiCenso, 2011). Il a été soulevé au Royaume-Uni que certaines infirmières n'utilisent pas pleinement leur droit de prescrire en raison d'un manque de préparation au niveau scolaire ainsi que pour des raisons liées à leurs organisations (Kroezen, Dijk, Groenewegen, & Francke, 2011). L'étude de Hamaideh (2017) a soulevé diverses barrières quant au changement de pratique en Arabie Saoudite, dont le manque de soutien de la part des collègues infirmières, un manque de ressources et un manque de temps pour prendre connaissance de la littérature scientifique et des protocoles de l'organisation. La difficulté en lien avec le transfert de connaissances théoriques vers le milieu de pratique pour une majorité d'étudiants a été mentionné par Hubbard (2014). Selon cette étude réalisée en Caroline du Nord, le milieu scolaire fait face à différentes problématiques qui ont certains effets. Ces derniers se répercutent au niveau du programme de résidence de ces infirmières, du peu de temps accordé à l'enseignement entre professionnels ainsi qu'un temps restreint pour utiliser les technologies avancées en éducation (Hubbard, 2014). Puis, bien que le rôle d'IP a évolué depuis ses débuts en Australie, il est important de considérer des limitations survenues

afin d'éviter de les reproduire avec les IPSSM. En plus des obstacles déjà nommés, d'autres difficultés ont été soulevées dans les écrits, dont un manque de soutien au niveau législatif, l'absence de numéro de dispensateur de soins médicaux pour les IP et l'impossibilité pour celles-ci de prescrire les médicaments couverts par le système de santé australien (Middleton, Gardner, Della, Lam, Allnutt, & Gardner, 2016).

Enfin, de futures IP en santé mentale ont exprimé avoir certaines craintes en lien avec les différentes barrières qui peuvent se présenter à elles. Parmi les craintes soulevées, on retrouvait la possibilité d'exercer pleinement leur pratique infirmière avancée et donc de prendre possession de leur plein champ d'expertise, ce qui avait un effet sur leur motivation (Muxworthy & Bowllan, 2011).

2.2.6 Implantation du rôle d'IPSSM

Au Québec, l'implantation du rôle d'IPSSM est un enjeu important et il faut travailler en concertation avec les professionnels qui collaborent avec les IPS ainsi que les différents partenaires politiques qui sont concernés par l'implantation de ce rôle novateur (Ricard et al., 2014). Certains enjeux sociopolitiques sont encore des obstacles au déploiement des IPSSM. Ricard et al. (2014) mentionnent le manque de consensus par rapport au rôle et aux responsabilités des IPS, la division du pouvoir ainsi que la collaboration à établir avec les différents professionnels de la santé.

Suite à la recension de différents obstacles et facteurs facilitants vécus les dernières années chez les IPSPL de même que certaines IP en santé mentale dans d'autres pays, il importe de s'attarder aux facteurs facilitants et aux barrières qui pourraient survenir

spécifiquement chez les IPSSM qui pratiqueront sous peu au Québec. Ces éléments n'étant pas encore connus, ils doivent donc être étudiés afin de préparer l'arrivée des IPSSM et ainsi optimiser leur implantation.

2.3 Modèle conceptuel

Dans le cadre de cette étude exploratoire, le modèle intégrateur en organisation des soins et du travail (Bédard, Benoit, & Viens, 2005) a été utilisé. Les raisons expliquant le choix de ce modèle pour la présente étude sont présentées dans un premier temps. Puis, la conception du modèle est ensuite abordée ainsi que les angles et les facteurs au sein de ce modèle conceptuel.

2.3.1 Choix du modèle

Dans le cadre de cette étude, le modèle intégrateur a été choisi pour différentes raisons. Tout d'abord, ce modèle fut élaboré au Québec et cela démontre, entre autres, qu'il tient compte de la réalité québécoise par rapport à l'organisation du travail. En ce sens, l'implantation d'un nouveau rôle est étroitement liée à l'organisation des soins et du travail. Ceci démontre donc une concordance avec ce modèle conceptuel considérant que la présente étude concerne l'implantation d'un rôle novateur, ce qui nécessite certainement un changement de pratique. Comme l'étude porte spécifiquement sur l'implantation d'un nouveau rôle, des éléments ont été ciblés afin de questionner les participants sur leur vision de l'organisation du travail et l'implantation du rôle des IPSSM. De plus, un choix

des éléments en lien avec les objectifs de la recherche a été fait, ce qui explique que certains éléments du modèle n'ont pas été utilisés dans le cadre de ce projet.

2.3.2 Conception du modèle

Le modèle choisi a été développé par le Centre d'expertise en organisation des soins et du travail (CEOST), un organisme mis en place par l'Association des hôpitaux du Québec en 2002 (voir Figure 1). Le choix de ce modèle développé dans le domaine de l'organisation du travail dans les milieux hospitaliers se veut tout à fait pertinent à l'étude de notre problématique de recherche qui porte sur l'exploration des facteurs facilitants et des barrières afin d'émettre des pistes de solution en vue de l'implantation des IPSSM. Ce sont les divers projets analysés au sein du réseau en lien avec les changements proposés et mis en place suite aux différents projets de recherche menés par les chercheurs qui ont permis l'élaboration d'une démarche idéale quant à l'organisation des soins, des services et du travail des équipes de professionnels qui œuvrent dans le milieu hospitalier. Le modèle intégrateur fut élaboré à partir des principaux concepts entourant le processus de changement puis le *Guide de pratiques novatrices en organisation des soins et du travail* fut rédigé par la suite (Bédard, Benoit, & Viens, 2005). Ces démarches avaient pour but de contribuer à faciliter un processus de changement au sein d'une organisation (Bédard, Benoit, & Viens, 2005).

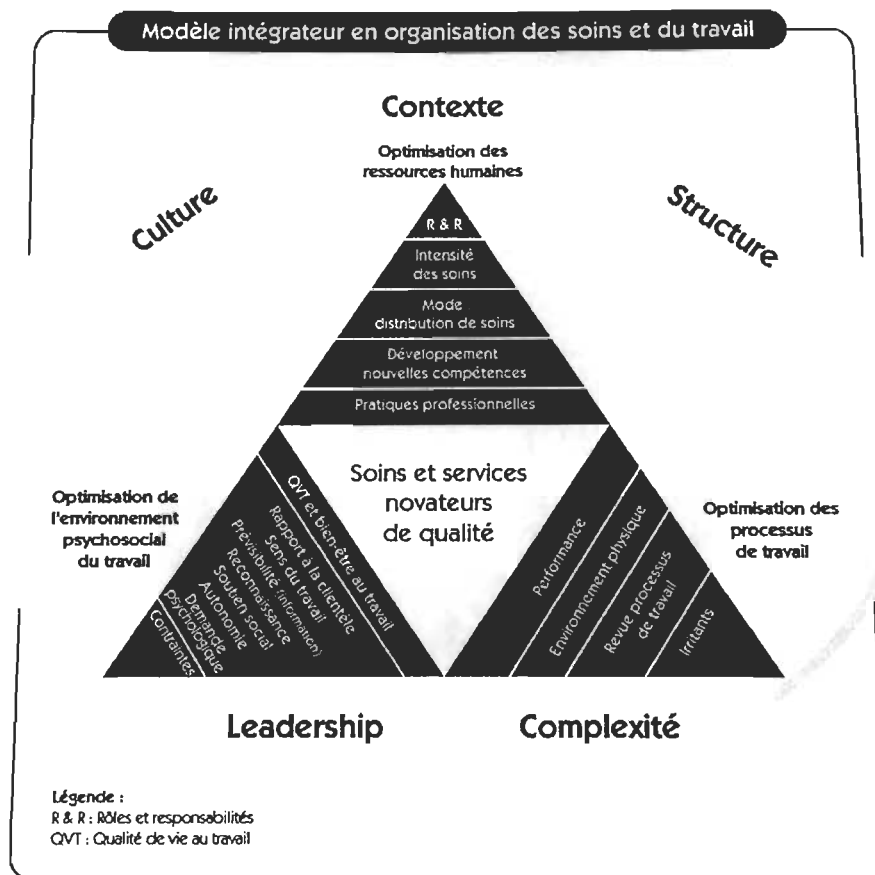


Figure 1. Modèle intégrateur en organisation des soins et du travail
Source : Bédard, Benoît, Benoit, Diane et Viens, Chantal (2005). Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail. Montréal : Association des hôpitaux du Québec.

Les soins et services novateurs de qualité se trouvent au centre du modèle intégrateur. Autour de cette notion, on retrouve trois triangles qui représentent différents angles, soit : l'optimisation des ressources humaines, l'optimisation des processus de travail et l'optimisation de l'environnement psychosocial du travail. Ces différents angles

sont entourés de cinq facteurs (leadership, complexité, culture, structure et contexte). La complémentarité entre ces cinq facteurs est nécessaire afin de pouvoir procéder avec succès à un changement dans l'organisation.

2.3.3 Angles du modèle

Dans un premier temps, nous allons décrire les trois angles du modèle intégrateur. Tout d'abord, l'angle de *l'optimisation des ressources humaines* fait référence à une amélioration des pratiques professionnelles présente dans divers projets. Cette partie du modèle comprend divers éléments, soit les rôles et responsabilités, l'intensité des soins, le mode de distribution des soins, le développement des nouvelles compétences ainsi que les pratiques professionnelles. Ensuite, l'angle de *l'optimisation des processus de travail* porte sur les projets touchant le progrès de la performance de l'organisation et de l'environnement physique, ainsi que la révision des divers processus de travail et la modification des irritants pour la recherche d'efficacité. Cette partie du modèle aborde de son côté à la fois la performance, l'environnement physique, la revue des processus de travail et les irritants. Enfin, l'angle de *l'optimisation de l'environnement psychosocial du travail* aborde les aspects de la qualité de vie et du bien-être au travail, le rapport à la clientèle, le sens du travail, la prévisibilité, la reconnaissance, le soutien social, l'autonomie, la demande psychologique ainsi que les contraintes.

2.3.4 Facteurs du modèle

Nous venons de présenter les divers angles devant être considérés lors de l'élaboration d'un projet visant un changement. Il est aussi important de considérer les cinq facteurs qui font partie du modèle intégrateur. Ces facteurs doivent être considérés comme étant des stratégies à utiliser afin de favoriser la réussite d'un projet, et ce, tout au long du processus de changement. Ces cinq facteurs sont le contexte, la structure, la culture, le leadership et la complexité.

Le *contexte* est un facteur qui réfère au lien présent entre une organisation et son environnement. Trois variables sont associées à ce facteur, soit les ressources financières disponibles, le résultat de l'organisation et les modifications dans l'environnement.

Ensuite, la *structure* est un autre facteur à considérer lors de l'implantation d'un changement. Nous savons en effet que la structure organisationnelle influence fortement l'aptitude à changer. Selon les écrits (Bédard, Benoit, & Viens, 2005), on retrouve dans les milieux organisationnels deux types de structures, soit la structure mécanique ou organisationnelle. La structure mécanique réfère à la division des problèmes et des activités par rapport à certaines tâches spécifiques, tandis que la structure organique réfère plutôt à une souplesse et une dynamique permettant une adaptation à l'environnement.

La *culture* est un autre facteur important à considérer dans l'analyse du changement, soit plus particulièrement la culture organisationnelle. Cette dernière se définit comme un regroupement de multiples éléments auxquels s'identifient les membres au sein d'une organisation. Pensons entre autres aux valeurs de l'organisation. Cet ensemble d'éléments correspond aussi à un groupe de croyances qui peuvent avoir un effet sur l'organisation

du travail, par exemple, les valeurs importantes pour l'équipe qui doit travailler ensemble et interagir avec les autres. La culture se résume donc à des facteurs se rapportant à l'organisation, soit les valeurs, les habitudes, l'historique et la vision. Lors d'un changement organisationnel, une culture solide et collaborative est souhaitable.

Le *leadership* est un autre facteur primordial dans le changement. Ce leadership fait référence au comportement d'un gestionnaire envers ses employés dans le but d'atteindre les objectifs fixés. Différents styles de leadership existent, dont le leadership managérial et le leadership transformationnel. Le leadership managérial permet au gestionnaire qui est responsable du projet d'être le pivot de la culture organisationnelle et ainsi d'influencer les comportements de ses pairs. Un leader transformationnel possède de son côté plusieurs caractéristiques qui lui permettent de développer une vision commune et partagée avec les employés. Un tel leader possède aussi des qualités permettant d'optimiser l'engagement organisationnel grâce à la mobilisation des employés.

Enfin, la *complexité* est un facteur important qui est en interaction avec les autres facteurs que nous venons de présenter. En matière de complexité, l'ampleur et la nature du changement à mettre en place doivent être analysés.

2.4 Question de recherche

Afin d'être en mesure de répondre aux objectifs de l'étude, la question de recherche est :

Quels sont les facteurs facilitants et les barrières en lien avec l'implantation des IPSSM?

Méthodologie

Ce chapitre divisé en huit sections traite du type d'étude, de la population et des milieux de recherche, de l'échantillon, des définitions opérationnelles des termes, des instruments de collecte de données, de la rigueur méthodologique, du déroulement de l'étude, des considérations éthiques ainsi que du plan de l'analyse des données.

3.1 Type d'étude

Tout d'abord, comme il n'a pas été possible de trouver d'études réalisées au Québec par rapport au rôle des IPSSM, ce projet vise à aller explorer le sujet. Un devis descriptif est utilisé puisqu'il s'agit d'une étude exploratoire. Ce type de devis met l'accent sur l'exploration, la recherche et la collecte du sens que donnent les participants aux situations vécues. Ce devis permet ainsi de décrire globalement une situation en fonction des données obtenues (Gallagher, 2014).

3.2 Population, milieux

Nous avons ciblé la population de cette étude à travers différents milieux. Tout d'abord, les étudiantes inscrites au programme d'IPSSM (ÉIPSSM) de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) ont été sollicitées pour répondre à l'un des questionnaires (voir Appendice A). L'UQTR est un établissement d'enseignement universitaire qui offre le programme IPSSM qui compte un total de 18 étudiantes en première et deuxième années du programme. Ensuite, 16 psychiatres du Centre intégré de

santé et de services sociaux de Lanaudière (CISSSL) (secteur Nord) qui œuvrent en 1^{ère}, 2^e et 3^e lignes ont été recrutés afin de répondre à un questionnaire. Les MDF ont aussi été interpellés. Ces médecins provenaient des GMF de Joliette et Groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) de Saint-Charles-Borromée. Les deux étant des milieux de médecine familiale, la particularité du GMF-U est le fait qu'il s'agit d'un milieu universitaire. Les GMF et GMF-U comptent environ 40 médecins de famille. Finalement, les IPSPL, via l'AIPSQ, ont été invitées à répondre à un questionnaire sur le rôle des IPSSM. L'AIPSQ regroupe plus de 253 IPS, toutes spécialisations confondues, et comprend tant les IPS diplômées que les étudiantes (AIPSQ, 2018).

Le recrutement des étudiantes IPSSM a été fait grâce à la contribution de la directrice de programme en pratique avancée de l'UQTR, qui a permis aux étudiantes de compléter le questionnaire dans le cadre d'un cours. Suite à un premier contact déjà établi par le Comité d'éthique du CISSSL, la Directrice de la santé mentale et dépendances a été interpellée pour encourager les psychiatres du CISSSL à participer au projet. Les questionnaires ont été distribués aux psychiatres au cours d'une rencontre organisée pour ces derniers. Puis, c'est par le médecin responsable du volet de la recherche au GMF-U de St-Charles-Borromée et l'un des médecins co-responsable du GMF de Joliette que la demande de participation des médecins de famille a été faite. Suite à des courriels échangés avec les deux médecins, ceux-ci ont accepté d'expliquer le projet lors d'une rencontre avec les MDF qui pouvaient alors choisir de compléter ou non le questionnaire. Pour l'envoi du questionnaire aux IPSPL, c'est par l'entremise de l'AIPSQ que l'envoi électronique du formulaire de consentement et du questionnaire a été effectué.

3.3 Échantillon

Dans le cadre de cette étude, un échantillon de convenance a été utilisé (Fortin & Gagnon, 2016). Ce type d'échantillon réfère à la participation de toutes les personnes qui sont présentes au moment de la collecte de données et qui répondent aux critères d'inclusion (Fortin & Gagnon, 2016). Tous les participants correspondant à la population cible pouvaient donc participer à l'étude. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être étudiant(e) au programme d'IPSSM de l'UQTR, ou être psychiatre au CISSSL, ou être médecin de famille au GMF-U de St-Charles-Borromée ou GMF de Joliette ou être IPSPL membre de l'AIPSQ. Aucun critère d'exclusion n'a été retenu dans le cadre de cette étude.

Dans les recherches descriptives, Gallagher (2014) mentionne que le minimum de participants requis varie d'une étude à l'autre et il n'y a donc pas de données précises quant à un échantillon en particulier. Il est également important de considérer que le nombre de participants doit permettre de bien décrire le phénomène étudié, ce qui peut guider l'échantillon nécessaire (Gallagher, 2014). Selon la même source, le maximum de participants peut aussi être associé à la notion de saturation des données. Il faut toutefois considérer qu'un échantillon ne doit pas être trop large ni trop petit (Sandelowski, 1995). Autrement dit, un échantillon de dix par exemple pourrait convenir dans certains cas alors que d'autres non, selon différents critères ou selon le type d'étude (Sandelowski, 1995). Dans le cadre de ce projet, l'échantillon souhaité était de dix psychiatres, dix médecins de famille, 50 IPSPL et 15 ÉIPSSM.

3.4 Définitions opérationnelles des termes

Certains termes ont été définis en fonction de l'opérationnalisation du projet de recherche. Ces termes sont : implantation, facteur facilitant, barrière et pratique infirmière avancée en santé mentale.

Le terme de l'implantation réfère à l'ensemble des efforts (tant prévus qu'en cours de réalisation) mis en place dans le but d'accomplir un changement au sein d'une organisation (Greenhalgh, Robert, Macfarlane, Bate, & Kyriakidou, 2004).

À travers un processus d'implantation, certains facteurs peuvent contribuer à bonifier celui-ci. Il s'agit des facteurs facilitants (Kitson, Rycroft-Malone, Harvey, McCormack, Seers, & Titchen, 2008). De tels facteurs permettent l'usage de différentes interventions reliées à l'implantation d'un changement (Stetler et al., 2006). Ce processus d'implantation est réalisé en assurant le soutien nécessaire au bon déploiement afin de tenter de régler toute situation problématique qui pourrait se présenter (Stetler et al., 2006).

Les barrières sont définies comme étant l'opposé des facteurs facilitants. Selon Mathieson, Grande et Luker (2018), ce sont des éléments qui risquent de poser problèmes lors de l'implantation d'un changement.

Les éléments évalués dans les questionnaires de recherche correspondaient à un obstacle ou à un facteur facilitant selon le résultat obtenu. À titre d'exemple, l'importance accordée au fait d'avoir un bureau en tant qu'IPSSM peut être vu comme un facteur facilitant si la majorité des réponses obtenues font ressortir ce point comme étant d'une grande importance pour tous les intervenants. Toutefois, si les psychiatres n'y accordent

aucune importance, l'élément peut alors être vu comme pouvant représenter une barrière lors de l'implantation du projet. Chaque élément inclut dans le questionnaire a donc été évalué attentivement.

La définition de la PIA en santé mentale inclut les connaissances, les compétences, le rôle et les responsabilités qui sont associées à la spécialité de la santé mentale (Ricard et al., 2014) et qui se trouvent dans les lignes directrices qui ont été adoptées par l'OIIQ et le CMQ (2018).

3.5 Instruments de collecte de données

L'instrument de collecte de données utilisé pour cette étude est un questionnaire qui a été élaboré afin de connaître les perceptions face au nouveau rôle d'IPSSM ainsi que l'ouverture des professionnels par rapport à ce rôle. Après avoir effectué la recension des écrits et le choix du modèle conceptuel, les éléments devant être inclus dans les questionnaires ont été identifiés en avril 2018. Certaines questions sont communes à tous les questionnaires alors que d'autres ont été adaptées selon la population ciblée. De plus, des questions ouvertes ont aussi été incluses dans chaque questionnaire (voir appendices A, B, C et D).

Les questionnaires sont tous divisés en quatre sections, soit « Informations générales », « Ressources humaines », « Processus de travail » et « Environnement psychosocial du travail ». Les trois dernières sections comportent des questions qui rejoignent quelques thèmes en lien avec le modèle conceptuel utilisé pour cette recherche,

soit le « Modèle intégrateur en organisation des soins et du travail » (Bédard, Benoit, et Viens, 2005).

Dans un premier temps, les questions de la section « Informations générales » ont été posées dans le but d'avoir une vue d'ensemble sur les données sociodémographiques des participants (par exemple le sexe, l'âge et la région de résidence). L'expérience de pratique et la collaboration antérieure avec des étudiants font aussi partie des questions ayant été posées.

Dans un deuxième temps, la section nommée « Ressources humaines » englobe toutes les questions liées au rôle de l'IPSSM et son uniformité au sein des organisations ainsi que la place envisagée dans la trajectoire de soins actuelle en santé mentale. Elle comprend des questions en lien avec les tâches et responsabilités des IPSSM ainsi que le nombre d'heures travaillées et le nombre de patients qui peuvent être vus par jour, et au cours d'une année. Les différentes tâches ont aussi été questionnées de façon à savoir quand les autres professionnels pensent que les IPSSM seront autonomes pour effectuer les tâches énumérées dans les lignes directrices. L'importance accordée au droit de prescrire et de poser une hypothèse clinique a également été demandée. De plus, des questions portaient sur l'expertise envisagée des IPSSM et sur l'opinion des différents professionnels face à la confiance qu'ils pourront accorder à celles-ci. Les questionnaires des IPSPL, MDF et psychiatres étaient composés de questions fermées dans cette section, mais les ÉIPSSM ont répondu à des questions ouvertes afin de leur permettre d'exprimer plus précisément leur opinion. Puis, la question 22 était présente seulement chez les IPSPL et ÉIPSSM, puisqu'elle aborde les modifications apportées au printemps 2018 au sein des

lignes directrices des IPSPL qui pourraient avoir un effet sur la pratique avancée tant pour les IPSPL que pour les IPSSM (OIIQ & CMQ, 2018).

Dans un troisième temps, la section intitulée « Processus de travail » était composée de questions en lien avec l'importance accordée au bureau de l'IPSSM, sa proximité avec celle du psychiatre répondant et portait aussi sur les indicateurs sur lesquels l'IPSSM pourra avoir un impact. Chez les ÉIPSSM, des questions portant sur la vision de leur rôle, la qualité, la continuité et l'accessibilité des soins ainsi que la collaboration avec le psychiatre ont été ajoutées sous forme de questions ouvertes. Ces questions avaient pour but de savoir si les ÉIPSSM avaient pris connaissance des lignes directrices des IPSSM, mais également du PASM 2015-2020 qui aborde, entre autres, la qualité et l'accessibilité aux soins. Enfin, une question sur la collaboration envisagée avec le psychiatre répondant est présente seulement chez les ÉIPSSM. En effet, elles auront à travailler en collaboration avec le psychiatre. Il était donc souhaité d'obtenir leur opinion face aux éléments cités afin de connaître leurs besoins, mais aussi leurs appréhensions pour être en mesure d'émettre des recommandations pouvant contribuer à la réussite du déploiement des IPSSM.

Dans un quatrième temps, la section « Environnement psychosocial du travail » comportait de cinq à huit questions selon les questionnaires pour les différents participants. Les questions qui étaient similaires étaient en lien avec le sentiment face à l'arrivée des IPSSM, l'importance accordée à la communication et, finalement, l'importance accordée à la collaboration des IPSSM avec les professionnels de santé concernés par leur arrivée (psychiatres, MDF et IPSPL). Quelques questions ont été

posées uniquement aux psychiatres et elles portaient sur le niveau de confiance face à l'IPSSM de même que l'autonomie qui sera accordée à celle-ci. Ces questions ont permis de mieux saisir l'attitude des psychiatres envers les futures IPSSM et donc la relation qui pourrait s'établir en conséquence de leur confiance face à elles et l'autonomie qui pourra leur être attribuée. Puis, une question était posée en lien avec l'accueil des IPSSM dans le but de voir les démarches qui sont envisagées par les psychiatres pour faciliter l'accueil, leur intérêt face à l'arrivée des IPSSM et les éléments qui seront mis en place pour assurer une intégration optimale des IPSSM. Quant aux ÉIPSSM, des questions concernant le soutien qui sera offert par la DSI et la chef d'unité ainsi que par rapport à l'accueil par le psychiatre répondant et le milieu étaient posées. Ces questions ont permis de mieux connaître le soutien souhaité par les futures IPSSM de même que l'accueil envisagé afin que les milieux puissent en tenir compte lors de l'arrivée des IPSSM. Les attentes des IPSSM ont ainsi pu être comparées avec celles des psychiatres.

3.6 Rigueur méthodologique

Puisque que les questionnaires ont dû être développés spécifiquement pour ce projet, la validité et la fidélité ne sont pas disponibles et n'ont pas pu être évaluées. Cela ne correspondait pas au but des questionnaires puisqu'ils visaient l'obtention de l'opinion des différents participants face à l'implantation des IPSSM. Toutefois, afin d'assurer une rigueur au niveau méthodologique, les questionnaires ont été lus et complétés par quatre professionnels : une infirmière détenant une maîtrise en gestion qui travaille à titre de chef

d'unité en santé mentale, un infirmier détenant une maîtrise en gestion œuvrant à la gestion des risques ainsi que deux infirmières cliniciennes œuvrant en santé mentale. Les commentaires de ces professionnels ont permis d'améliorer et de rendre les questionnaires plus clairs.

Un biais quant au niveau de fidélité peut être présent puisque les questionnaires n'ont pas été développés en tenant compte de toutes les exigences paramétriques, ces dernières étant habituellement exigées pour faire de la validation de questionnaire. Il est aussi possible qu'un biais de désirabilité sociale soit présent. Autrement dit, il faut souligner que certains participants peuvent avoir donné des réponses en faisant attention à ne pas déplaire, ce qui peut avoir une répercussion par rapport aux données obtenues dans les questionnaires.

3.7 Déroulement de l'étude et considérations éthiques

En mai 2018, la demande de certificat d'éthique a été envoyée à l'UQTR (voir appendice E). Suite à la réception du certificat d'éthique en juin, la demande au comité d'éthique du CISSSL a été envoyée (voir appendice F). Un autre formulaire a été complété pour le Réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne de l'Université Laval (RRAPPL-UL) afin d'être en mesure de distribuer les questionnaires au GMF-U de St-Charles-Borromée, tel que demandé par le Comité d'éthique du CISSSL (voir appendice G).

En mai 2018, suite à la parution des nouvelles lignes directrices pour les IPSPL venant modifier leur prise en charge des patients ayant un TSM, un questionnaire a été ajouté pour les IPSPL par la chercheure. En ce sens, une demande de modification a été envoyée en juillet 2018 au Comité d'éthique de l'UQTR. Puis, c'est en août 2018 que l'approbation a été donnée par le RRAPPL-UL et en septembre 2018 que le certificat d'éthique a été émis par le CISSS de Lanaudière. Par la suite, les questionnaires ont été distribués en septembre 2018 aux psychiatres, MDF et ÉIPSSM. Les questionnaires ont été récupérés une fois complétés en septembre et octobre 2018, ce qui a permis l'entrée des données en octobre 2018. La demande de modification au certificat d'éthique de l'UQTR ayant été acceptée en octobre 2018 (voir appendice H), les IPSPL ont été sollicitées via l'AIPSQ en novembre 2018. Les questionnaires ont été reçus en décembre 2018 et l'entrée de données s'est effectuée au cours du même mois. L'analyse de toutes les données a donc pu être effectuée en décembre 2018 et janvier 2019. L'étude s'est réalisée de façon plutôt rapide, mais il se devait d'être ainsi considérant l'arrivée des premières IPSSM prévue approximativement pour l'automne 2019.

3.8 Plan de l'analyse des données

À la réception des questionnaires, les données permettant d'identifier les participants ont été retirées afin de préserver la confidentialité des données et l'anonymat des répondants. Autrement dit, les formulaires d'information et de consentement ont été dissociés des questionnaires et gardés dans un dossier à part. Les résultats des

questionnaires ont ensuite été entrés dans un fichier Excel, dans un ordinateur protégé par un mot de passe.

Au niveau de l'analyse des données, pour les données quantitatives, des calculs tels la moyenne et la fréquence ont été faits pour aborder les différents résultats. Ensuite, une analyse descriptive des commentaires obtenus a été détaillée et les données ont été rassemblées selon des thèmes afin de faire une analyse de contenu (Loiselle, 2010). L'analyse de contenu permet de joindre les éléments ensembles afin d'en faire ressortir le lien entre eux (Loiselle, 2010).

Résultats

Ce chapitre expose les résultats et est divisé en cinq sections qui correspondent à celles du questionnaire utilisé dans cette étude soient : les données sociodémographiques, les ressources humaines, les processus de travail, l'environnement psychosocial du travail et les commentaires recueillis.

4.1 Données sociodémographiques

4.1.1 Psychiatres

Du côté des psychiatres ayant répondu au questionnaire, 36 % sont des hommes et 64 % sont des femmes. 27 % des participants font partie de la tranche d'âge de 30 à 39 ans et des 50 ans et plus. La tranche d'âge de 40 à 49 ans représente 36 % des participants et 9 % des participants ont entre 20 à 29 ans. Par rapport aux années d'expérience en tant que psychiatre, trois participants ont moins de cinq ans d'expérience et trois autres qui ont vingt ans et plus d'expérience. Deux participants ont 5 à 9 ans et onze mois d'expérience et deux autres participants ont entre 15 à 19 ans et 11 mois. Finalement, un participant a une expérience entre 10 à 14 ans et 11 mois. 91 % des psychiatres ont déjà eu des externes et/ou des résidents à leur charge et 73 % des psychiatres ont mentionné être intéressés à travailler conjointement avec une IPSSM. Les psychiatres travaillent majoritairement en 2^e ligne, sauf deux qui ont précisé travailler également en 1^e ligne.

4.1.2 Médecins de famille

Chez les MDF, 27 % sont des hommes et 73 % sont des femmes. La moyenne d'âge des participants est divisée en 45 % chez la tranche de 30 à 39 ans, 45 % pour les 40 à 49 ans et 9 % pour les 20 à 29 ans. Quant aux années d'expérience en tant que MDF, 9 % ont moins de cinq ans d'expérience, 45 % se situent entre 5 et 10 ans d'expérience, 9 % ont entre 10 et 15 ans puis 36 % ont plus de 15 ans d'expérience. Tous les MDF ayant répondu aux questionnaires ont déjà eu des externes et/ou résidents à leur charge. 82 % des médecins de famille se sont dit intéressés à travailler conjointement avec une IPSSM.

4.1.3 IPSPL

Chez les IPSPL, 20 % sont des hommes et 80 % sont des femmes. La moyenne d'âge des participants qui ont entre 20 et 29 ans est de 30 %, 50 % ont entre 30 et 39 ans et 20 % ont entre 40 et 49 ans. Les IPSPL proviennent de trois régions, soit de la Mauricie à 60 %, de Lanaudière à 30 % et du Centre-du-Québec à 10 %. Quant aux années d'expérience en tant qu'IPSPL, 40 % ont moins de cinq ans et 60 % ont entre 5 et 10 ans d'expérience. 100 % des IPSPL ont déjà eu des étudiantes infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (ÉIPSPL) ou candidate infirmière praticienne spécialisée en première ligne (CIPSPL) à leur charge. 90 % des IPSPL se sont dit intéressées à travailler conjointement avec une IPSSM.

4.1.4 ÉIPSSM

Enfin, chez les ÉIPSSM, 23 % sont des hommes et 77 % sont des femmes. Les participants se divisent majoritairement en deux catégories d'âge, soit de 20 à 29 ans ainsi que 30 à 39 ans. Un seul participant a entre 40 et 49 ans. Quant aux années d'expérience en tant qu'infirmière, 31 % ont moins de cinq ans et ce même pourcentage est aussi attribuable pour le choix de 5 à 9 ans et 11 mois. Puis, 15 % ont répondu entre 10 et 14 ans et 11 mois et 23 % ont dit avoir 15 ans et plus d'expérience en tant qu'infirmière. En ce qui a trait à l'expérience en santé mentale plus particulièrement, 46 % ont moins de cinq ans d'expérience, 31 % ont entre 5 à 9 ans et 11 mois, 15 % ont 10 à 14 ans et 11 mois et 8 % ont 15 ans et plus d'expérience en santé mentale. Les ÉIPSSM viennent de différentes régions, soit Mauricie (46 %), Montréal (15 %), Montérégie (15 %), Centre-du-Québec (15 %), Lanaudière (8 %) et 92 % sont aux études à temps complet.

4.2 Ressources humaines

Cette section qui porte sur les ressources humaines englobe les éléments suivants : le rôle et les responsabilités des IPSSM, l'intensité des soins, le mode de distribution des soins, le développement des nouvelles compétences et les pratiques professionnelles.

La connaissance spécifique du rôle des IPSSM est plutôt variable. Les ÉIPSSM disent connaître leur rôle à 92 % et les IPSPL connaissent le rôle de l'IPSSM à 70 %. Quant aux psychiatres, 64 % ne connaissent pas le rôle des IPSSM et 100 % des MDF ne connaissent pas non plus le rôle. Toutes les ÉIPSSM ont dit connaître la trajectoire de

soins et services actuelle en santé mentale (qui est aussi appelée continuum de soins au sein du PASM 2015-2020 (MSSS, 2015)). 77 % des ÉIPSSM ont qualifié de « Très important », sur une échelle allant de « très important » à « pas important », le fait que les autres professionnels de la santé (ergothérapeutes, infirmières cliniciennes, travailleuses sociales et psychologues) connaissent leur rôle, et ce, tant au niveau réglementaire qu'administratif. Autrement dit, la connaissance du rôle tel que défini par les lignes directrices de même que le règlement encadrant la pratique des IPSSM est importante selon elles.

Le tableau 1 expose les différentes tâches pouvant être effectuées par les IPSSM selon leurs lignes directrices et le délai selon lequel les participants croient qu'elles seront en mesure de les faire.

Tableau 1

Tâches pouvant être effectuées par IPSSM selon les participants et délai associé

Tâche \ Délai	D'ici 1 mois			D'ici 6 mois			D'ici 12 mois			D'ici 24 mois			Jamais			Pas de réponse		
	P	M	I	P	M	I	P	M	I	P	M	I	P	M	I	P	M	I
Prescrire médication		27 %	20 %	18 %	9 %		36 %	9 %	80 %	9 %	27 %		27 %	18 %		9 %	9 %	
Prescrire laboratoires	46 %	27 %	20 %	27 %	55 %	10 %	18 %	9 %	70 %	9 %	9 %							
Prescrire un arrêt de travail		46 %	20 %	36 %	36 %		9 %	9 %	80 %	9 %	9 %		36 %			9 %		
Suivi des médicaments (selon résultats de laboratoire)	46 %	36 %	20 %	36 %	18 %		9 %	36 %	80 %		9 %		9 %					
Suivi annuel des patients atteints de TSM de façon chronique	27 %	18 %	10 %	27 %	64 %	10 %	18 %		70 %	9 %	9 %		9 %			9 %	9 %	10 %
Évaluation suite à une référence en santé mentale par un MDF	9 %	9 %	20 %	18 %	55 %	10 %	46 %	9 %	70 %		18 %		18 %	9 %		9 %		
Émettre une hypothèse clinique	18 %	18 %	20 %	27 %	27 %		27 %		80 %	9 %	36 %		18 %	18 %				
Suivi des patients hospitalisés en psychiatrie	9 %	9 %		27 %	27 %	20 %	36 %	9 %	10 %		46 %	70 %	27 %				9 %	
Enseignement au patient	54 %	46 %	20 %	36 %	46 %	10 %	9 %		70 %		9 %							

Légende du tableau ci-dessus : P = Psychiatres / M = MDF / I = IPSPL

Les réponses obtenues au tableau 1 étaient très variées entre les populations. Les IPSPL étaient majoritairement d'accord pour dire que les IPSSM pourront faire les tâches d'ici douze mois. Généralement, les réponses obtenues démontrent la capacité de l'IPSSM à les exécuter entre un à douze mois, sauf pour certaines tâches comme poser une hypothèse clinique ou faire le suivi des patients hospitalisés qui ont obtenu un délai de 24 mois. La prescription d'un arrêt de travail a aussi été évaluée comme ne pouvant jamais être faite par les IPSSM selon un certain pourcentage de psychiatres.

Le tableau 2 présente la division du temps en pourcentage que les IPSSM devraient passer en clinique (C) comparativement à celui passé en formation (F) et ce, selon les différents participants.

Tableau 2

Division du temps

	Psychiatres (n=11)	ÉIPSSM (n=13)	MDF (n=11)	IPSPL (n=10)
10C-90F	9,1 %	0	0	0
40C-60F	9,1 %	0	0	0
50C-50F	9,1 %	0	0	0
70C-30F	18,2 %	0	18,2 %	0
75C-25F	18,2 %	0	0	10%
80C-20F	0	53,9 %	27,3 %	40%
85C-15F	9,1 %	15,4 %	9,1 %	30%
90C-10F	27,3 %	23,1 %	45,5 %	20%
95C-5F	0	7,7 %	0	0

Dans le tableau 2, bien que les réponses soient partagées, la majorité d'entre elles font ressortir que l'IPSSM devrait être en clinique à 80 % du temps et en formation à 20 % du temps ou en clinique à 90 % du temps et en formation à 10 % de son temps.

Les réponses concernant les ressources humaines ont été regroupées et le fait qu'elles soient semblables malgré les catégories de répondants laisse croire que ce sont des facteurs facilitants à l'implantation des IPSSM. Ces éléments sont présentés dans le tableau 3.

Tableau 3

Facteurs facilitants « Ressources humaines »

	ÉIPSSM	Psychiatres	MDF	IPSPL
Rôle défini (Très imp. + imp.)	100 %	90,9 %	100 %	100 %
Hypothèse clinique (Très imp. + imp.)	92,3 %	72,7 %	90,9 %	100 %
Prescrire (Très imp. + imp.)	92,3 %	54,6 %	72,7 %	100 %
Nombre d'heures/sem. (30 à 39h)	53,9 %	90,9 %	63,6 %	100 %
Nombre patients/jour (5 à 9)	76,9 %	54,6 %	90,9 %	100 %

Considérant les lignes directrices 2018 des IPSPL, les ÉIPSSM et les IPSPL ont été questionnées afin de recueillir leur opinion en lien avec la division des rôles et responsabilités de chacune. Chez 62 % des ÉIPSSM et 90 % des IPSPL, il a été répondu que l'IPSSM doit traiter principalement les problèmes de santé mentale et peut aussi traiter des problèmes de santé physique légers qui surviennent chez leur clientèle pendant quelques mois avant de référer aux IPSPL. Ensuite, 39 % des ÉIPSSM ont répondu que

l'IPSSM devrait traiter uniquement des problèmes de santé mentale et référer aux IPSPL tous les problèmes de santé physique.

L'ensemble des IPSPL ayant participé à cette recherche ont répondu que l'expertise des IPSSM sera plus grande que la leur par rapport à la santé mentale. Malgré cela, 60 % des IPSPL ont dit que l'expertise des IPSSM ne pourra pas être aussi bénéfique que celle d'un psychiatre tant pour leurs questions liées à la santé mentale que pour leurs références de patients vers la santé mentale. Les MDF, de leur côté, ont indiqué à 64 % ne pas croire que l'expertise d'une IPSSM sera plus grande que la leur par rapport à la santé mentale. De plus, 83 % des MDF ne croient pas que l'expertise d'une IPSSM soit autant bénéfique que celle d'un psychiatre pour leurs questions liées à la santé mentale. Ce pourcentage est à 82% en ce qui concerne les références de personnes ayant un problème de santé mentale.

Certaines réponses obtenues divergeaient entre les populations, ce qui porte à croire qu'elles peuvent représenter des barrières à l'implantation des IPSSM. Ces réponses sont présentées au tableau 4, celui-ci comprenant l'uniformité du rôle de même que le nombre de patients suivis annuellement.

Tableau 4

Barrières « Ressources humaines »

	Uniformité rôle milieux (CISSS/CIUSSS)			Uniformité rôle milieux (1 ^{ère} , 2 ^e et 3 ^e lignes)			Nombre de patients suivis annuellement		
	Très imp.	Imp.	+/- imp.	Très imp.	Imp.	+/- imp.	Moins de 200	200 à 399	400 à 599
ÉIPSSM	33,3%	25%	41,7%	25%	16,7%	50%	25%	66,7%	8,3%
Psychiatres	18,2%	9,1%	63,6%	9,1%	36,4%	36,4%	54,6%	27,3%	9,1%
MDF	9,1%	54,6%	36,4%	9,1%	27,3%	54,6%	27,3%	54,6%	18,2%
IPSPL	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	20%	80%

Notons dans ce tableau qu'une ÉIPSSM a répondu « Important » à « Plus ou moins important » à côté des choix de réponses pour les deux questions concernant l'uniformité du rôle et a répondu « 200 à 399 » à « 400 à 599 » pour le nombre de patients suivis annuellement. Ses réponses ont été retirées pour les deux questions mentionnées puisqu'elle a sélectionné deux réponses au lieu d'une seule.

Le tableau 5 illustre les différentes intensités de soins qui pourraient être administrées par les IPSSM selon les différents participants. Ces participants pouvaient indiquer plus d'une réponse.

Tableau 5

Intensités de soins

	ÉIPSSM (n=13)	Psychiatres (n=11)	MDF (n=11)	IPSPL (n=10)
Léger	7	5	1	3
Modéré	11	8	8	10
Grave	5	1	0	0
Autre (Précisez)	1 (Multi/Co- intervention complexe)		1 (Aucune idée) 2 (« Je ne comprends pas »)	

Enfin, des questions ouvertes ont été posées aux ÉIPSSM concernant la place de l'IPSSM et la pertinence de son apport au sein de la trajectoire en santé mentale. En ce qui a trait à la place de l'IPSSM au sein de la trajectoire, 64 % des ÉIPSSM voient l'IPSSM intervenir en 1^{ère} et 2^e lignes, de même qu'au sein des services dans la communauté. 18 % des participants ont aussi ajouté à cela la 3^e ligne. Quant à la pertinence du rôle de l'IPSSM au sein de la trajectoire de soins en santé mentale, certaines ÉIPSSM ont noté la pertinence du rôle par les indicateurs de santé sur lesquels une IPSSM peut avoir un effet, par exemple l'accessibilité aux soins, la qualité et la continuité des soins. L'amélioration de l'accessibilité aux soins est aussi détaillée par certaines ÉIPSSM par un meilleur suivi des patients et une diminution de certaines listes d'attentes, ce qui peut avoir comme effet de réduire le nombre d'hospitalisations. En d'autres mots, les ÉIPSSM mentionnaient qu'une évaluation plus rapide permettra un meilleur accès à une évaluation spécialisée ce qui peut entraîner un suivi et un traitement plus rapide améliorant ainsi le pronostic.

4.3 Processus de travail

Tel qu'indiqué dans le modèle conceptuel, la section des processus de travail comprend l'environnement physique, la performance, la revue de processus de travail et les irritants.

Le tableau 6 réfère à l'importance accordée à la proximité du bureau de l'IPSSM et de celui du psychiatre répondant.

Tableau 6

Bureau IPSSM

	Importance bureau IPSSM			Importance proximité bureau psychiatre rép.		
	Très imp.	Imp.	+/- imp.	Très imp.	Imp.	+/- imp.
ÉIPSSM	50 %	50 %	0 %	30,8 %	38,5 %	30,8 %
Psychiatres	63,6 %	27,3 %	9,1 %	72,7 %	18,2 %	9,1 %
MDF	18,2 %	36,4 %	36,4 %	45,5 %	18,2 %	27,3 %
IPSPL	10 %	70 %	20 %	10 %	40 %	40 %

Le tableau 7 comporte les différents indicateurs sur lesquels l'IPSSM peut avoir une influence selon les psychiatres, MDF et IPSPL. Les participants pouvaient inscrire plus d'une réponse à cette question.

Tableau 7

Indicateurs de soins pouvant être influencés par IPSSM

	Psychiatres (n=11)	MDF (n=11)	IPSPL (n=10)
Qualité des soins	5	9	10
Accessibilité des soins	8	11	10
Diminution hospitalisation	6	7	9
Diminution liste d'attente	7	7	10
Autre (Précisez)	1 (Pas de précision)	0	1 (Satisfaction clientèle)

4.3.1 Indicateurs démontrant l'importance de l'IPSSM dans le réseau de la santé

Les ÉIPSSM ont répondu à des questions ouvertes en ce qui a trait aux indicateurs de santé. Les réponses se divisaient en indicateurs face à des situations actuelles et d'autres de façon projetée par rapport à l'effet éventuel qu'auront les IPSSM sur les soins et services offerts aux patients.

Les indicateurs nommés par les ÉIPSSM en lien avec les situations actuelles concernaient principalement l'accessibilité aux soins, une prise en charge plus rapide, une meilleure offre de services pour les TSM, un meilleur pronostic considérant le début plus tôt d'un traitement, un meilleur accès à domicile et un accès à des soins spécialisés. Il a aussi été ajouté une diminution de l'attente chez les patients ayant une situation de santé jugée moins prioritaire et/ou moins complexe, un suivi plus approprié que par le MDF chez les patients atteints de TSM chroniques qui sont stables ainsi qu'un meilleur accès pour les clientèles dites marginales.

En ce qui a trait aux indicateurs projetés en vue de l'effet éventuel des IPSSM, différents éléments ont été nommés, comme la continuité de soins, de meilleurs suivis, la diminution de listes d'attente, la diminution du syndrome de la « porte-tournante » à l'urgence, un meilleur engagement des patients dans leurs soins, une diminution des facteurs de risque qui contribuent à une altération de la qualité des soins, une diminution de la surcharge de travail et de l'épuisement professionnel, plus d'autonomie pour les professionnels et une diminution de la liste d'attente du Guichet d'accès en santé mentale adulte (GASMA). Bref, l'accessibilité aux soins se résumait par un accès aux soins plus rapide et plus facile, un meilleur délai dans les prises en charge ainsi qu'une augmentation du nombre de patients qui seront pris en charge et une présence d'IPSSM dans les services où il y a peu de psychiatres, par exemple au SIM.

4.3.2 Qualité des soins

Par la suite, les ÉIPSSM ont exprimé leur vision du rôle de l'IPSSM par rapport à la qualité des soins. Les réponses étaient très variées, en commençant par le fait que la relation thérapeutique serait meilleure et les soins plus humains. Les IPSSM pourraient démontrer leur leadership, travailler en interdisciplinarité et accorder plus de temps en présence de leur patient. Il était aussi dit que l'IPSSM pourrait donner des soins de qualité en ayant une vision et approche globale du patient et de sa problématique de santé. Puis, l'IPSSM pourra aussi « impliquer la famille, impliquer le patient le plus possible dans son traitement et les discussions associées » selon une ÉIPSSM. Il a également été mentionné par une ÉIPSSM qu'il sera possible que les soins octroyés soient « des soins intégrés,

c'est-à-dire physiques et psychologiques, à l'aide de connaissances globales, ce qui permettra de réduire la duplication de références d'un professionnel de la santé à un autre ». La qualité des soins a aussi été abordée par la personnalisation des soins ainsi qu'un travail davantage axé sur la qualité et non sur la quantité. Il a aussi été mentionné que « la proximité et la confiance que démontre la population envers les infirmières pourraient favoriser l'adhérence au traitement des personnes vulnérables atteintes de diverses problématiques en santé mentale ».

4.3.3 Continuité des soins

La vision du rôle de l'IPSSM a aussi été questionnée quant à la continuité des soins. Les ÉIPSSM ont soulevé ce volet comme pouvant être l'une des forces majeures de l'IPSSM. Il est donc suggéré qu'elle soit : « impliquée à toutes les étapes de soins de son patient pour pouvoir avoir une vision globale ». D'ailleurs, la continuité doit aussi être considérée suite aux consultations à l'urgence ou aux hospitalisations selon une ÉIPSSM, car cela permet de poursuivre les plans de traitements ou plans d'action en cours, ce qui permet de poursuivre les objectifs du patient de même que ceux de l'équipe. La continuité des soins est aussi abordée en lien avec le travail de collaboration. Cette dernière doit être accomplie premièrement, avec le psychiatre répondant ainsi qu'avec les médecins généralistes, les IPSPL, les différents partenaires ainsi que les équipes de soins en première ligne. Ces équipes de première ligne incluent entre autres les psychologues et les travailleuses sociales. Tel que mentionné par une ÉIPSSM, la continuité permettra de « faciliter la coordination des soins », de « valoriser une approche collaborative

interprofessionnelle » et permettra « d'assurer la qualité et la sécurité des soins ». Finalement, une autre ÉIPSSM a mentionné que l'IPSSM pourra « assurer une meilleure continuité au sein de la communauté en étant joignable de façon rapide et facile dans le but de mieux répondre aux besoins des patients atteints de TSM ».

4.3.4 Collaboration avec le psychiatre

Il était ensuite demandé aux ÉIPSSM de décrire comment elles envisageaient la collaboration avec le psychiatre répondant par rapport à différents éléments.

Suivi des patients, disponibilité du psychiatre et délai de réponse. Pour le suivi des patients, il a été ressorti que cette activité devrait occuper majoritairement le temps de l'IPSSM, en précisant que celle-ci doit avoir sa charge de patients et que le médecin soit présent en soutien principalement. Il était précisé que l'IPSSM doit être en mesure de se référer au psychiatre si une dégradation de l'état de la personne survient. De plus, la possibilité de voir les patients une fois sur deux en alternance avec le psychiatre, en plus de pouvoir compter sur sa présence en cas de doutes et de questionnements ainsi que pour guider l'infirmière par rapport aux suivis et décisions à prendre sont des éléments qui sont ressortis dans les réponses données par les ÉIPSSM. Des rencontres statutaires étaient aussi jugées pertinentes pour assurer un meilleur suivi. En ce qui concerne la disponibilité du psychiatre, ce sont 69 % des ÉIPSSM qui désiraient une disponibilité en tout temps, que ce soit en personne, par téléphone ou même par message texte, surtout pour les urgences. Toutefois, un délai de 24 à 48 h était jugé acceptable selon certaines ÉIPSSM.

Tel que mentionné par une participante : « tout dépend du niveau d'urgence de l'intervention requise ». Si ce n'est pas urgent, la discussion de cas pourrait se faire lors des réunions/rencontres déterminées à l'avance. Les commentaires des ÉIPSSM soulignaient qu'il sera important de définir les demandes considérées comme urgentes, comparativement aux demandes plus électives. Selon une ÉIPSSM, « l'idéal est d'établir le meilleur moyen de communication dès le départ afin de mettre en place les dispositions nécessaires pour que la disponibilité du psychiatre convienne aux besoins de l'IPSSM, en précisant aussi où sera orientée l'IPSSM en cas d'absence du psychiatre répondant ».

Types de clientèle suivie. En ce qui a trait au type de clientèle suivie, les réponses étaient très variables. 54 % des ÉIPSSM mentionnaient que l'IPSSM pourra effectuer le suivi de tous les troubles mentaux, de légers à graves, et ce, peu importe l'âge de la clientèle. Les autres réponses des ÉIPSSM disaient que l'IPSSM suivra seulement des troubles mentaux légers, d'autres modérés, plus précisément en 2^e ligne, ou de légers à modérés. Puis, 23 % des ÉIPSSM mentionnaient que l'IPSSM suivra des cas chroniques stables ou des cas de santé mentale qui sont cotés P4-P5 à l'urgence. Finalement, 8 % des ÉIPSSM précisaient qu'aucune déficience intellectuelle, ni problème d'autisme et aucun trouble en enfance ne serait suivi par l'IPSSM.

Collaboration aux diverses tâches. Les ÉIPSSM étaient questionnées afin de connaître leur vision quant à leur collaboration avec le psychiatre en ce qui a trait aux multiples tâches à effectuer. Une réponse nommait que « la collaboration sera la clé d'un

bon fonctionnement d'une IPSSM et de son psychiatre répondant ». En d'autres mots, ceci laisse présager que le travail d'équipe optimal entre l'IPSSM et le psychiatre contribuera à la réussite de leur collaboration. On pouvait aussi lire au sein de la même réponse obtenue « en sachant nos rôles, nous serons en mesure d'offrir un service efficace et de ne pas faire une duplication des soins ». Si chaque professionnel connaît bien son rôle et ses responsabilités, les patients atteints de TSM bénéficieront de soins et services qui seront offerts de façon efficace et efficiente. Les ÉIPSSM mentionnaient que l'entente avec le psychiatre doit concorder avec les lignes directrices, qu'elle doit être rédigée en respectant les attentes de l'IPSSM et du psychiatre ainsi que les attentes soient claires dès le départ. La collaboration concerne aussi le soutien à offrir quant à la prescription de la médication, le plan de traitement à privilégier, le partage d'informations cliniques et l'encadrement professionnel de l'IPSSM. L'encadrement clinique peut d'ailleurs être offert sous forme de « collaboration lors de cas complexes, d'activités de formations, de périodes d'observation et de discussions de cas ».

Autres. Dans la section allouée aux autres informations pertinentes, une ÉIPSSM a précisé qu'« il serait dommage de reléguer les IPSSM au simple rôle de suivis « faciles », que les psychiatres nous « donnent » lorsque stable jusqu'à les retourner aux médecins de famille ».

4.4 Environnement psychosocial du travail

Cette section réfère à la qualité de vie et le bien-être au travail, le rapport à la clientèle, le sens du travail, la prévisibilité, la reconnaissance, le soutien social, l'autonomie, la demande psychologique et les contraintes.

Le tableau 8 montre les réponses ayant obtenu une cote de plus de 50 % de la part des répondants, permettant de faire ressortir ces éléments comme étant des facteurs qui vont faciliter l'intégration des futures IPSSM.

Tableau 8

Facteurs facilitants « Environnement psychosocial du travail »

	ÉIPSSM	Psychiatres	MDF	IPSPL
Importance collaboration IPSSM et psychiatre répondant	92 %	55 %	60 %	70 %
Importance collaboration IPSSM et autres prof. santé	77 %	64 %	50 %	80 %
Importance communication IPSSM et psychiatre répondant	92 %	55 %	60 %	100 %
Importance communication IPSSM et IPSPL	69 %	N/A	N/A	80 %
Importance communication IPSSM et MDF ayant référé cas santé mentale	N/A	N/A	40 %	80 %
Importance du soutien offert par DSI	64 %	N/A	N/A	N/A
Importance du soutien offert par chef d'unité	64 %	N/A	N/A	N/A
Importance de l'accueil en tant qu'IPSSM dans milieu	62 %	N/A	N/A	N/A

Dans ce tableau, les pourcentages présents sont ceux obtenus pour la réponse « très important ». Notons également qu'un MDF n'a répondu à aucune des questions de cette section. Puis, une ÉIPSSM a coché deux réponses pour les questions de l'importance accordée au soutien par la DSI et la chef d'unité. Il a été noté non applicable (N/A) à certains endroits dans ce tableau puisque la question n'a pas été posée à tous les professionnels.

L'arrivée des IPSSM a été questionnée afin d'observer comment les différentes populations envisageaient leur arrivée (voir tableau 9).

Tableau 9

Perception des participants face à l'arrivée des IPSSM

	Psychiatres (n=11)	MDF (n=8)	IPSPL (n=10)
Très hâte	9 %	0 %	30 %
Hâte	46 %	78 %	60 %
Plus ou moins hâte	36 %	11 %	0 %
Craintes	0 %	11 %	10 %
Pas envie	9 %	0 %	0 %

Notons que deux MDF n'ont pas répondu à cette question.

Toujours en lien avec l'arrivée des IPSSM, une question ouverte était posée aux psychiatres afin de savoir ce qu'ils pouvaient mettre en place en vue de l'arrivée d'IPSSM dans leurs milieux. La seule réponse obtenue a été d'« aider à définir les rôles clairs et établir des moyens de communication ».

Quant aux ÉIPSSM, les réponses allaient dans le sens de ce que le psychiatre pouvait mettre en place en vue de leur arrivée, allant de l'attitude ouverte et du sentiment que le psychiatre soit volontaire pour travailler avec une IPSSM jusqu'aux modalités de l'entente

de partenariat bien établies en fonction des lignes directrices et donc la connaissance de celles-ci par le psychiatre. L'environnement physique en lien avec un environnement de travail stable a aussi été souligné. D'ailleurs, une ÉIPSSM a également mentionné qu'elle apprécierait que du temps soit prévu dès le départ afin que l'IPSSM et le psychiatre puissent bien compléter l'entente de partenariat. Elle a aussi abordé l'importance de discuter des attentes et inquiétudes des deux professionnels. L'ouverture du psychiatre a été soulevée en ce qui a trait à la variété de la clientèle qui sera suivie. Finalement, l'importance du lien de confiance envers un exercice minimalement autonome a été mentionné à plus d'une reprise par les ÉIPSSM.

Enfin, les psychiatres ont inscrit à 55 % qu'ils vont certainement faire confiance aux IPSSM et 36 % ont répondu qu'ils feront « peut-être » confiance en celles-ci. Puis, tout en sachant que le psychiatre répondant est disponible, 60 % des psychiatres croient que les IPSSM seront autonomes après 12 mois dans les milieux.

4.5 Commentaires

Les commentaires recueillis dans cette section se trouvent au tableau 10.

Tableau 10

Commentaires

Population	Commentaires
Psychiatres	Pas d'intérêt pour une IPS en psychiatrie car pas de besoin actuellement pour cela.
MDF	Je me questionne sur le rôle attendu de leur travail. Quel est le besoin d'une telle ressource? Les psychiatres sont-ils à ce point débordé? D'un point de vue médecine générale, une bonne partie de ce travail est effectué de façon implicite et je me demande s'il y a un avantage à dédoubler ce travail. Sous toute réserve que je ne connaissais pas cela avant aujourd'hui.
IPSPL	Le rôle particulier de l'IPS en SM n'est pas clair pour moi. Nécessitera une clarification/simplification pour être utilisé adéquatement. À la Q22, je crois que l'arrivée des IPSSM ne doit pas modifier la pratique en santé mentale de l'IPSPL. L'IPSPL doit poursuivre l'évaluation des cas de santé mentale de 1 ^{ère} ligne. Par contre, l'IPSPL devrait collaborer avec l'IPSSM lorsque l'évaluation de santé mentale se complexifie et qu'il faut impliquer la 2 ^e et 3 ^e ligne en SM. Il faut que l'IPSPL puisse faire encore une hypothèse de trouble d'adaptation, car actuellement ce n'est pas possible et ce, malgré le fait que plusieurs patients rencontrés présentent des problématiques de santé mentale. Arrimage à prévoir et rencontres avec les IPSPL et les IPSSM pour que le travail de collaboration se fasse bien. En espérant qu'elles pourront apprendre de notre vécu (IPSPL; horaire, reconnaissance de notre expertise par les médecins partenaires) Bonne chance dans ce nouveau rôle parce que le milieu n'est pas toujours évident Belle avancée pour la profession.
ÉIPSSM	Comme il s'agit d'une première cohorte, le rôle n'est pas bien défini malgré la disponibilité des lignes directrices. Nous aurons un travail de "défrichage" à faire et les possibilités sont grandes. Nous aurons aussi à prendre notre place et démontrer que nous sommes efficaces. Faire la promotion auprès des psychiatres. SVP donner de l'information aux psychiatres. Ils doivent nous connaître, voir nos avantages, voir ce que nous pouvons apporter. Des rencontres avec des généralistes déjà répondants pour des IPSPL pourrait peut-être leur donner un regard plus éclairé de la situation. L'arrivée des IPSSM ne peut qu'être bénéfique pour le système de santé. Malheureusement, les balises sont encore floues, mais ce sera à nous, futur IPSSM pour agir comme des leaders, pour éviter que les IPSSM soient de court passage au même titre que les IPS en cardiologie. Améliorer nos lignes directrices. Re: manque +++ de précisions. Certains CISSS/CIUSSS ont décidé de ne pas prendre d'IPSSM en GMF. Grave erreur! (CIUSSS MCQ!) Pas assez de gens dans les CISSS/CIUSSS ont la bonne information sur notre champ de compétences.

Discussion

Ce chapitre de discussion est divisé en six sections qui portent sur : les ressources humaines, les processus de travail, l'environnement psychosocial du travail, les commentaires recueillis, les facteurs facilitants et barrières ainsi que les limites de l'étude.

5.1 Ressources humaines

Selon nos résultats, le rôle des IPSSM n'est pas bien connu des différents professionnels. Il est également important de noter que 8 % des ÉIPSSM disent ne pas connaître leur futur rôle. Il s'agit d'un faible pourcentage, mais il faut considérer que les ÉIPSSM ont eu accès aux lignes directrices et devraient donc les avoir lues puisque c'est ce qui guidera leur pratique. Par contre, 100 % des ÉIPSSM ont dit connaître la trajectoire actuelle de soins en santé mentale, aussi connue sous le nom de continuum de soins comme indiqué dans le PASM 2015-2020. Ce document permet de mieux comprendre le rôle et donc la pertinence de la place de l'IPSSM au sein de la trajectoire. En ce sens, les 92 % ÉIPSSM qui disent connaître leur rôle peuvent davantage se l'approprier en connaissant également la trajectoire de soins. Puis, la présente étude indique que ce sont 64 % des psychiatres qui ne connaissent pas le rôle des IPSSM, ce qui peut être préoccupant si l'on considère que les stages de la première cohorte sont débutés. Il y a donc du travail à faire afin que les psychiatres connaissent bien le rôle avant l'arrivée des IPSSM dans les milieux, ce qui a été nommé également par Baker (2010) qui nommait la nécessité d'expliquer le rôle des IPSSM entre autres au corps médical. En effet, une

méconnaissance du rôle peut avoir des impacts tant au niveau de l'accueil qu'en ce qui concerne la réalisation du stage. Les MDF ont aussi tous dit ne pas connaître le rôle des IPSSM. Par contre, 70 % des IPSPL ont dit le connaître. Comme ce sont des professionnels qui réfèrent leur clientèle atteinte de TSM vers des services plus spécialisés lorsque nécessaire, il importe qu'ils connaissent bien le rôle des IPSSM.

Ce sont 77 % des ÉIPSSM qui ont mentionné que c'était très important pour elles que les différents professionnels de la santé connaissent leur rôle, autant au niveau réglementaire qu'administratif. Ce pourcentage démontre donc que les différents professionnels de la santé devraient être informés de leur rôle afin d'optimiser leur collaboration. La transmission des informations pourrait donc être faite, par exemple, dans le cadre d'une présentation aux équipes de santé mentale afin que tous les professionnels concernés aient les mêmes renseignements. Une telle présentation devrait être faite pour les équipes cliniques, mais également les gestionnaires telles que la directrice de la santé mentale et dépendances de même que la directrice de soins infirmiers. Ces dernières peuvent exercer un certain pouvoir quant à l'implantation de ce rôle et doivent donc faire preuve de leadership dans le changement de pratiques entourant ce nouveau rôle. En ce sens, la présentation de la place de l'IPSSM au sein du système de santé permettrait une compréhension optimale de la réalité et pourrait encourager la mise en place des mesures pour faciliter l'implantation et diminuer les barrières. Cette recommandation va aussi dans le même sens que celles de Contandriopoulos et ses collègues (2014) qui ont dit précisément que le rôle comme tel des IPSPL devait être mieux compris, de même que les balises entourant ce rôle.

Le tableau 1 expose des réponses très partagées quant aux diverses tâches qui pourront être faites par les IPSSM et les délais associés selon les psychiatres et MDF, mais les IPSPL vont généralement dans le même sens. Les IPSPL ont mentionné pour la majorité que toutes les tâches seraient faites d'ici 12 mois, sauf pour le suivi des patients hospitalisés en psychiatrie qui devrait être d'ici 24 mois. Quant aux psychiatres et MDF, ils croient que la plupart des tâches seront faites par les IPSSM d'ici un, six ou douze mois, à l'exception de certaines tâches qui amènent plus de réticence. À titre d'exemple, 27 % des psychiatres et 18 % des MDF ont dit que l'IPSSM ne pourra jamais prescrire de médication. Puis, 18 % des MDF et 18 % des psychiatres ont dit que l'IPSSM ne pourra jamais émettre d'hypothèse clinique. Ce sont également 36 % des psychiatres qui ont dit que l'IPSSM ne pourra jamais prescrire un arrêt de travail ainsi que 27 % des psychiatres qui ont dit que l'IPSSM ne pourra jamais faire de suivi des patients hospitalisés en psychiatrie. Ces quelques pourcentages sont donc à considérer malgré l'autonomie qui semble être allouée à l'IPSSM aux autres tâches par les différents professionnels. Des mesures doivent donc être mises en place afin d'éviter que les IPSSM se voient réduire leur champ d'expertise. Selon Contandriopoulos et al. (2014, p. 13) : « entre 6 mois et un an peuvent être nécessaires afin que l'IPSPL endosse son rôle ». Cette donnée retenue chez les IPSPL doit être considérée, d'autant plus qu'elle concorde avec les réponses obtenues dans la présente étude, afin de s'assurer que les IPSSM aient une autonomie dans un délai respectable.

En ce qui a trait à l'horaire des IPSSM au tableau 2, la plupart des répondants soulignaient que les IPSSM devraient être en clinique pour la majorité de leur temps, à

l'exception d'un psychiatre, mais cette donnée sera discutée dans la section des commentaires. Bien que les lignes directrices ne nomment pas de pourcentage spécifique attribué à la pratique de l'IPSSM en clinique et en formation, ces lignes directrices font mention que le développement professionnel infirmier (DPI) est primordial pour l'IPSSM, entre autres puisqu'elle exerce en pratique avancée (OIIQ & CMQ, 2018). Il importe d'ailleurs d'offrir la possibilité de poursuivre le DPI chez les IPSSM afin qu'elles se sentent en confiance de réaliser leurs responsabilités en ayant des connaissances à jour, tout en allant en acquérir de nouvelles. De ce fait, comme l'entente de partenariat devrait contenir l'horaire approximatif de l'IPS (Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), 2010), il serait pertinent de prévoir le nombre d'heures par semaine alloué au DPI. Ainsi, comme les résultats obtenus sont favorables en ce qui a trait aux pourcentages du temps entre la clinique et la formation pour l'IPSSM, il importe que des conditions soient mises en place afin que ces dernières puissent avoir un temps optimal en clinique tout en ayant la possibilité d'effectuer leur DPI. Les conditions à mettre en place pour favoriser le DPI ne doivent pas concerner seulement l'horaire de travail tel qu'il sera décrit dans l'entente de partenariat. Ces conditions doivent également toucher la chef d'unité de même que la DSI afin qu'elles encouragent le DPI chez ces infirmières en pratique avancée. Une étude antérieure avait noté une barrière quant à la pratique selon les résultats probants vu le manque de temps chez ces infirmières de prendre connaissance de la littérature scientifique (Hamaideh, 2017). En ce sens, il apparaît donc primordial qu'une importance soit accordée à la réalisation du DPI chez les IPSSM.

Le tableau 3 démontre des réponses concordantes entre les populations à propos de l'importance de définir le rôle, d'émettre une hypothèse clinique, de prescrire et que l'horaire soit de 30 à 39 heures par semaine. Ainsi, comme les réponses obtenues semblent être des facteurs facilitants, il serait pertinent de les favoriser pour contribuer à la réussite de l'implantation des IPSSM. Dans un premier temps, l'importance accordée au rôle des IPSSM est un élément primordial et il ne doit pas être négligé puisque tous s'entendent sur la nécessité de définir le rôle. D'ailleurs, il a également été soulevé au sein des commentaires des ÉIPSSM que le rôle doit être plus clair. Cependant, les IPSSM devront bien se l'approprier et prendre leur place afin de démontrer leur pertinence. Le rôle des IPSSM pourra ainsi être reconnu comme étant nécessaire. Ceci permettra que leur rôle ne soit pas éphémère comme les IPS en cardiologie, tel que nommé par une ÉIPSSM. Les IPSSM devront donc faire preuve de leadership pour prendre pleinement possession de leur champ d'expertise et donc bien accomplir leur rôle et leurs responsabilités autorisées selon les lignes directrices. Bryant-Lukosius, DiCenso, Browne et Pinelli (2004) ont d'ailleurs soulevé l'importance de bien définir le rôle afin d'éviter que ce soit les acteurs clés qui définissent le rôle eux-mêmes et que ceci amène des disparités entre les milieux. Par la suite, les actions d'émettre une hypothèse clinique et de prescrire ont également une importance considérable accordée par les participants. Ainsi, on comprend que ces deux éléments ressortent majoritairement dans les pourcentages obtenus. Des conditions doivent être mises en place afin de favoriser ces actions par les IPSSM, par exemple un soutien adéquat du psychiatre répondant de même que par la chef d'unité et la DSI. Le soutien administratif a d'ailleurs été nommé comme étant une barrière au sein d'une étude

antérieure (Sangster-Gormley et al., 2011), ce qui démontre la pertinence d'accorder un soutien à cet égard pour faciliter l'implantation des IPSSM. De plus, l'étude de Wand et White (2015) a fait ressortir l'importance que la collaboration entre les différents partenaires soit faite le plus tôt possible afin de susciter leur participation à l'implantation du rôle de même que pour limiter les résistances qui pourraient survenir. Il est intéressant de constater que tous les professionnels interrogés accordent une importance à la prescription puisqu'il s'agissait d'une barrière recensée au sein d'études antérieures pour différentes raisons, par exemple des raisons liées à l'organisation (Kroezen et al., 2011). Une évolution de la pratique avancée semble donc avoir lieu au Québec (OIIQ, 2016), ce qui est un phénomène très positif. Donc, il a fort à parier que les milieux sauront mettre en place des conditions favorables à la prescription par les IPSSM afin que cette barrière ne survienne pas lors de l'implantation, d'autant plus que la prescription est jugée très importante ou importante pour la majorité des répondants. En ce qui concerne le nombre d'heures par semaine qui devraient être travaillées par les IPSSM, la réponse obtenue majoritairement est de 30 à 39 heures. Cette réponse semble donc concorder avec ce qui est prévu et la collaboration doit donc aller en ce sens pour encourager ce facteur facilitant à l'implantation. Il faut toutefois souligner que le DPI doit être inclus dans les heures de travail. Enfin, le dernier facteur facilitant au sein du tableau 3 est le nombre de patients qui sera vu dans une journée par l'IPSSM. La réponse obtenue majoritairement par tous les participants est de 5 à 9 patients par jour. Ce nombre tient compte entre autres, de la complexité des patients et de l'expérience de l'IPSSM.

Des modifications aux lignes directrices des IPSPL ont été apportées en 2018 (OIIQ & CMQ, 2018). Celles-ci amènent les IPSSM à devoir référer tous les cas ayant un problème de santé physique vers une IPSPL ou MDF de même que les IPSPL qui doivent référer tous les cas de santé mentale vers une IPSSM ou un psychiatre (OIIQ & CMQ, 2018). Ceci peut donc avoir un impact chez les IPSPL et IPSSM, ce qui explique pourquoi seulement les IPSPL et ÉIPSSM ont été questionnées à ce sujet dans la présente étude. Elles démontraient d'ailleurs majoritairement un désaccord envers les modifications apportées au sein des lignes directrices, en répondant pour la plupart au fait que l'IPSSM devrait traiter principalement les problèmes de santé mentale et peut aussi traiter des problèmes de santé physique légers qui surviennent chez leur clientèle pendant quelques mois avant de référer aux IPSPL. Ceci va donc dans le sens des apprentissages des ÉIPSSM puisque leur formation comprend des notions quant à la santé physique en plus de celles en lien avec la santé mentale. Elles peuvent donc être en mesure de traiter des problèmes de santé physique légers survenant chez leur clientèle, d'autant plus que l'on sait que la clientèle en santé mentale peut être atteinte de problèmes de santé physique en plus de la présence d'un TSM (CSBE, 2012). À titre d'exemple, les personnes prenant des antipsychotiques peuvent développer un syndrome métabolique, ce qui a des répercussions sur la santé physique (CSBE, 2012; Fortinash & Holoday Worret, 2016; Ward et al., 2018). Ainsi, une IPSSM devrait être en mesure d'assurer le suivi de sa propre clientèle, dans la limite de ses actes accordés, tel que prévu au code de déontologie (Article 19) selon son entente de partenariat (OIIQ, 2015). Autrement dit, si une IPSSM peut suivre

sa clientèle atteinte d'un syndrome métabolique (OIIQ & CMQ, 2018), cela porte matière à réflexion à savoir pourquoi une IPSSM ne pourrait pas traiter une affection courante.

Comme les MDF et les IPSPL sont les principaux professionnels référant des personnes atteintes de TSM vers la psychiatrie, que ce soit en 1^{re}, 2^e ou 3^e ligne, certaines questions ont été posées afin de connaître la confiance et la reconnaissance envers l'expertise des IPSSM. Comme la majorité des répondants ont indiqué que les IPSSM ne pourront pas leur être aussi bénéfiques que les psychiatres, ceci peut donc amener un questionnement quant à la confiance accordée aux IPSSM. Toutefois, il n'est pas anormal que les psychiatres soient considérés plus compétents au niveau de leur expertise vu le nombre d'années d'étude en santé mentale et leurs années d'expérience. Cependant, il faut s'interroger si le fait qu'une confiance plus grande est accordée aux psychiatres aura un impact sur les références des IPSPL et MDF. Il ne faudrait pas voir de références où une IPSPL ou un MDF demande précisément que son patient soit vu par un psychiatre. La référence devrait être faite à l'égard de l'IPSSM, qui elle travaille en collaboration avec un psychiatre. Il faut considérer que cette collaboration passe par la base même de connaître et comprendre leur rôle. Ceci fait donc un lien avec les MDF qui ont répondu à 100 % ne pas connaître le rôle des IPSSM. Il est évident que si les MDF ne connaissent pas le rôle et les responsabilités des IPSSM, il est difficile de reconnaître leur expertise et faire suffisamment confiance pour référer leur clientèle en santé mentale. Ceci réitère la nécessité de présenter les lignes directrices non seulement aux psychiatres, mais aussi aux MDF et IPSPL afin d'optimiser la collaboration.

Le tableau 4 présentant l'importance accordée à l'uniformisation du rôle comporte des données très variables et il semble en ressortir que les répondants accordent peu d'importance face à cet élément. L'importance accordée à l'uniformisation du rôle était questionnée, et ce, autant d'un établissement à l'autre qu'au sein d'un même établissement, et même entre les milieux, soit la 1^{re}, 2^e et 3^e lignes. Les réponses obtenues démontrent une barrière potentielle à l'implantation du rôle vu la divergence entre les réponses. À ce sujet, Contandriopoulos et ses collègues (2014) avaient nommé la pertinence de la définition du rôle, mais aussi du champ de pratique des IPSPL comme soulevé dans quelques études recensées par ceux-ci. En plus de la définition du rôle n'étant pas suffisamment claire, il a aussi été nommé que l'absence d'un modèle de rôle rend plus difficile l'intégration des connaissances et compétences apprises par les IPS (D'Amour et al., 2007). Certaines IP en santé mentale nouvellement graduées avaient également soulevé des incertitudes par rapport à leur rôle une fois arrivées dans les milieux (Procter, Beutel, Deuter, Curren, de Crespigny, & Simon, 2011). Ceci va dans le sens des propos d'Hubbard (2014) qui indiquait que certains étudiants nommaient un écart quant à la transposition des apprentissages théoriques une fois dans les milieux. Il s'avère donc qu'en plus d'une définition du rôle, une définition du champ de pratique est nécessaire afin d'uniformiser les pratiques des IPS (D'Amour et al., 2007). Bien que ceci concernait les toutes premières IPS, on peut penser que ces notions soient transposables aux IPS qui arriveront dans les milieux en santé mentale, puisqu'elles seront les premières à exercer ce rôle novateur. Smith avait ciblé en 2011 des barrières potentielles face à la définition du rôle ainsi que les responsabilités des IPS. Des recommandations avaient été émises par

cette auteure afin de réduire ces barrières. Ces recommandations étaient, entre autres : « d'assurer que la gouverne et les leaders puissent avoir une connaissance approfondie et une reconnaissance des rôles et responsabilités des IPS, de leurs compétences, de leurs capacités et de leurs champs d'expertise » (Smith, 2011, p. 7). Smith (2011) avait aussi mentionné qu'il serait pertinent de bien établir les compétences qui peuvent être communes à l'IPS et au médecin, mais également celles qui diffèrent. À ce sujet, un tableau à l'intérieur des lignes directrices de l'IPSSM (OIIQ, 2018) expose les éléments entourant cette recommandation. Il serait donc pertinent d'en prendre connaissance et de considérer ces éléments dans la mise en œuvre du rôle de l'IPSSM dans les différents milieux de même qu'entre les organisations. Ceci permettrait d'éviter qu'il y ait des disparités quant à leur rôle, entre autres en raison de l'influence du pouvoir médical, cette influence ayant été présente lors de l'implantation des toutes premières IPS (D'Amour et al., 2009).

Quant à la dernière question du tableau 4 portant sur le nombre de patients vus annuellement, les réponses obtenues différaient d'une population à l'autre. Ce constat laisse présager des discussions entre les professionnels et il importe que les IPSSM aient un nombre de patients suivis annuellement réaliste. Ceci permettra qu'elles ne soient pas surchargées dès leur arrivée et qu'il y ait ainsi des impacts négatifs à divers niveaux, comme dans leur pratique ou par rapport à leur intégration dans les milieux. Bien que des études tentent de définir un nombre idéal de patients suivis annuellement, aucun nombre précis ni de méthode pour calculer combien de patients l'IPS devrait voir annuellement n'a été trouvé et ce, en raison de différents facteurs qui peuvent influencer le suivi et les

traitements offerts aux patients (Martin-Misener et al., 2016). Ces auteurs ont donc conclu que le nombre de patients doit être adapté à la personne soignante et son contexte.

Une question portait sur les différentes intensités de soins qui pourraient être offertes par les IPSSM pour les différentes populations desservies. Selon les lignes directrices, les IPSSM pourraient offrir des soins d'intensité léger à grave (OIIQ & CMQ, 2018). Cependant, l'intensité de soins modérée est la réponse obtenue de façon majoritaire chez les populations questionnées. L'intensité de soins légers ressort également chez les ÉIPSSM ainsi que les psychiatres, mais très peu chez les MDF et IPSPL. En ce qui concerne l'intensité de soins grave, quelques ÉIPSSM l'ont coché ainsi qu'un psychiatre seulement. Ces réponses amènent un certain questionnement considérant la divergence des réponses avec les lignes directrices, ce qui peut se traduire par une barrière possible si les IPSSM ne peuvent pas exercer pleinement leur champ d'expertise auprès de toutes les clientèles. La connaissance des lignes directrices des IPSSM est donc un élément autour duquel des mesures doivent être mises en place pour réduire une telle barrière. Autrement dit, les acteurs clés doivent bien connaître les lignes directrices des IPSSM afin de leur accorder ce qui a été établi comme directives par l'OIIQ et le CMQ en 2018 pour que les IPSSM puissent réellement contribuer à améliorer l'accès aux soins et services en santé mentale. Il est d'ailleurs important ici de considérer les propos de Wand et Fisher (2006) nommant que l'évolution d'un tel rôle n'est pas pour remplacer les médecins, mais bien pour que ces infirmières soient reconnues selon leur spécialité et ainsi agir selon leurs actes accordés en fonction des lignes directrices

Quant aux questions ouvertes posées aux ÉIPSSM, celles-ci disent vouloir intervenir principalement en 1^{re} et 2^e lignes en santé mentale, de même que dans la communauté. Malgré qu'elles soient formées afin de pratiquer dans tous les milieux, une faible proportion mentionnait pouvoir être présente aussi en 3^e ligne (milieux surspécialisés). Ceci porte matière à réflexion à savoir si c'est par manque d'intérêt envers ce milieu ou si elles ont eu des promesses d'embauche dans d'autres milieux. Bref, on peut se questionner par rapport à la connaissance des lignes directrices ainsi que du rôle envisagé des IPSSM puisque l'IPSSM peut œuvrer dans tous les services, la seule restriction étant au niveau de l'urgence (OIIQ & CMQ, 2018).

5.2 Processus de travail

Retenons premièrement que l'efficience est visée lors de l'implantation d'un changement tout en désirant une amélioration quant à la performance au sein d'une organisation, tel que noté dans le modèle de Bédard, Benoit et Viens (2005). Il est donc important de s'attarder à tout ce qui entoure les processus de travail afin de réduire les irritants pouvant survenir lors de l'implantation ainsi que pour optimiser l'arrivée d'un tel rôle novateur. Tout d'abord, l'importance accordée au bureau de l'IPSSM est partagée par la majorité des répondants (voir tableau 6). Les ÉIPSSM mentionnent aussi ce point en lien avec l'accueil du psychiatre partenaire dans leur milieu de travail. Le bureau est un élément qui fait partie des différentes réponses des participants, ce qui concorde avec les recommandations antérieures émises par Contandriopoulos et ses collègues (2014). Pour

ces auteurs, la disponibilité d'un bureau est un facteur facilitant l'arrivée de l'IPS dans son milieu. Smith (2011) a aussi mentionné que les IPS doivent bénéficier du matériel nécessaire dans leur environnement de travail afin d'être en mesure d'accomplir leurs responsabilités, que ce soit autant le matériel clinique pour les différents examens que le matériel administratif (ex. : ordinateur, papeterie). En ce qui concerne l'importance accordée à la proximité du bureau de l'IPSSM à celui du psychiatre répondant, les réponses sont variées. Bien que l'on croit que la proximité du bureau de l'IPSSM et du psychiatre répondant puisse être une condition favorable (par exemple pour un accès et une communication plus faciles auprès du médecin partenaire), il n'y a pas d'élément clair qui va en ce sens dans les écrits scientifiques. Si la proximité des bureaux est impossible pour l'IPSSM et du médecin partenaire, les moyens de communication de même que les délais doivent être clairs dès le départ, et ce, afin de faciliter leur collaboration.

Les participantes ÉIPSSM à cette étude ont mentionné qu'elles auront un effet positif sur les différents indicateurs de santé, soit la qualité et l'accessibilité aux soins ainsi que la diminution des hospitalisations et des listes d'attente. Aux États-Unis, les IP en santé mentale ont d'ailleurs permis de diminuer la durée des hospitalisations en plus d'améliorer la compliance au traitement une fois le congé hospitalier obtenu (Nesnera et Allen, 2016). De multiples effets positifs du rôle des IP ont été soulevés, entre autres le fait de faciliter le lien avec les ressources au sein de la communauté, de donner des soins en axant sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie ainsi que d'orienter vers les spécialistes appropriés lorsque nécessaire (DiCenso et al., 2010). Selon l'interprétation des données, nous croyons qu'il y aura une ouverture face au rôle novateur

de l'IPSSM au Québec. Cette interprétation est congruente avec les propos de Ricard et al. (2014) nommant les avantages d'une pratique infirmière avancée en santé mentale. Ces avantages ont d'ailleurs été ressorti par le biais des indicateurs de santé questionnés chez les différentes populations. Dans l'avenir, d'autres recherches pourraient être réalisées afin d'étudier les retombées de la pratique des IPSSM face aux indicateurs de santé.

Chez les ÉIPSSM seulement, les indicateurs étaient questionnés par le biais d'une question ouverte. Les réponses obtenues concernaient l'apport de l'IPSSM sur les indicateurs en lien avec des situations actuelles ou des situations projetées dans le futur. L'accessibilité aux soins était un élément qui ressortait beaucoup, ce qui va d'ailleurs dans le sens des réponses obtenues auprès des autres populations. Quant aux indicateurs sur les situations éventuelles sur lesquelles l'IPSSM pourrait avoir un impact positif, l'accessibilité ressortait aussi par le biais d'un accès plus rapide et facile ainsi qu'un délai plus adéquat au niveau des prises en charge. L'accessibilité aux soins étant un indicateur ayant été soulevé par toutes les populations, cela concorde avec l'un des objectifs du PASM 2015-2020 (MSSS, 2015) et permet donc de bien justifier la pertinence de l'apport du rôle de l'IPSSM au sein de la trajectoire de soins en santé mentale. Fisher (2005) avait d'ailleurs nommé que les IP en santé mentale en Australie amélioreraient en effet l'accès aux soins, ce qui permettrait un diagnostic précoce et donc une prise en charge plus rapide pour offrir les soins et services en conséquence. L'augmentation à l'accessibilité aux soins fut aussi ressortie par Baker (2010), qui soulignait une implication plus rapide du patient atteint de TSM dans ses soins.

La vision des ÉIPSSM quant à l'apport de l'IPSSM au niveau de la qualité des soins variait beaucoup parmi les réponses obtenues. La relation thérapeutique ainsi qu'une meilleure confiance sont, entre autres, deux éléments ressortis. Selon notre analyse, l'alliance thérapeutique pourrait se créer plus facilement avec les patients et l'IPSSM pourrait ainsi offrir des soins humanistes et prendre plus de temps avec ceux-ci. Il s'agit d'un constat rapporté également dans l'étude de Wortans, Happell, & Johnstone (2006). Une autre étude a ressorti l'approche plus globale utilisée par les IP en santé mentale qui permettait des interactions plus longues et une meilleure confiance en découlait de la part des patients face aux IP (Gould, Johnstone, & Wasylkiw, 2007). Une recension des écrits a aussi nommé une satisfaction plus grande de la part des patients face aux IP en santé mentale comparativement aux médecins (Horrocks, Anderson, & Salisbury, 2002). Ceci ajoute donc du poids à la nécessité que le nombre de patients vus par jour et annuellement soit ajusté de façon réaliste afin, entre autres, d'allouer suffisamment de temps à l'IPSSM pour intervenir adéquatement auprès du patient et prendre le temps nécessaire auprès de ce dernier. Par la suite, la qualité des soins fut aussi ressortie sous l'aspect de la spécialisation de ces infirmières en santé mentale, en plus des soins holistiques qui pourront être offerts. Comme il a été mentionné que l'IPSSM devrait pouvoir soigner davantage en axant sur la qualité des soins que la quantité, il faut mettre en place des mesures permettant à l'IPSSM d'avoir suffisamment de temps auprès de ses patients pour pouvoir intervenir de façon humaine et permettant des soins intégrés. En ce sens, les soins seront plus humains si l'IPSSM peut prendre le temps nécessaire avec son patient et donc bien répondre à ses besoins et ses attentes.

L'accessibilité aux soins fut questionnée spécifiquement chez les ÉIPSSM et les réponses font ressortir l'augmentation de l'accessibilité aux soins et le partenariat. Tout d'abord, l'accessibilité était abordée selon différents éléments en lien avec un accès plus rapide, que ce soit par une diminution de l'attente ou un meilleur accès à domicile. Ces réponses portent donc à croire que des mesures doivent donc être envisagées pour permettre à l'IPSSM de voir rapidement les patients. Ceci amènera ensuite des impacts positifs à divers niveaux. À titre d'exemple, un meilleur pronostic considérant une prise en charge plus rapide dans des soins plus spécialisés, mais aussi une possibilité d'obtenir des soins et interventions à domicile. Cependant, il est important de retenir au niveau de l'accessibilité des soins qu'un délai pourrait survenir en raison des modalités actuellement en place en ce qui a trait au diagnostic. Plus particulièrement, une fois l'IPSSM ayant évalué un patient et ayant émis une hypothèse clinique, le diagnostic doit être précisé par le psychiatre puisque c'est le seul qui est habilité pour établir un diagnostic provisoire ou final (OIIQ & CMQ, 2019). Ainsi, si une IPSSM doit faire revoir tous ses patients, cela risque de surcharger le psychiatre et il pourrait y avoir un impact quant à l'accessibilité des soins. Ceci peut porter matière à réflexion, d'autant plus que les IPSPL ont maintenant une autonomie qui leur a été attribuée quant à la possibilité de diagnostiquer, tel qu'abordé précédemment dans le deuxième chapitre (OIIQ & CMQ, 2019). Il est important de souligner que la formation des IPS au Québec est celle comprenant le plus grand nombre d'heures de formation par rapport aux autres infirmières praticiennes au Canada. En effet, les IPS au Québec ont 950 heures de formation clinique, comparativement aux autres provinces canadiennes qui varient entre 416 et 794 heures (OIIQ, 2013). Quant à

l'enseignement théorique, les IPS au Québec ont 630 heures de formation, tandis que le nombre d'heures varie de 234 à 492 heures dans les autres provinces canadiennes (OIIQ, 2013). Ceci devrait donc être pris en considération par rapport au rôle et aux responsabilités de l'IPSSM et donc la confiance accordée aux IPSSM. Autrement dit, ceci porte matière à réflexion à savoir si l'IPSSM devrait avoir une certaine ouverture quant au diagnostic si l'on compare l'autonomie des IPS ailleurs au Canada, tout en considérant que l'accessibilité aux soins et aux services en santé mentale est ce que l'on prône au sein du PASM 2015-2020 (MSSS, 2015). Retenons également les propos de Creamer et Austin (2016) qui nommaient la pertinence d'établir un programme IP en santé mentale au Canada afin d'accentuer la crédibilité de ce rôle et valoriser l'importance de dernier.

En ce qui concerne la continuité des soins, les réponses soulevées concernaient la présence de l'IPSSM en communauté de même que le suivi de celle-ci auprès de sa clientèle après une hospitalisation ou une visite à l'urgence. De ce fait, l'IPSSM a un rôle primordial à jouer par rapport à la liaison et la continuité des soins. Si l'IPSSM suit un client en santé mentale qui est hospitalisé, elle devrait mettre à profit sa polyvalence vu ses différentes compétences afin d'assurer un suivi dans les différents milieux, tant en 1^{re}, 2^e ou 3^e ligne.

Les ÉIPSSM ont nommé leur vision de la collaboration avec le médecin partenaire en lien avec les éléments suivants : le suivi des patients, la disponibilité du psychiatre et son délai de réponse, les types de clientèles suivies et la collaboration aux diverses tâches. Les ÉIPSSM mentionnent que le suivi de la clientèle doit être une de leur principale activité. Toutefois, les réponses concernant les modalités entourant le suivi étaient

variables et faisaient ressortir la possibilité d'un suivi dit conjoint ou d'un suivi consultatif. Bien que la plupart des équipes actuelles en PIA utilisent un suivi regroupant des éléments partagés entre les deux modèles, aucun modèle ne semble meilleur que l'autre (Contandriopoulos et al., 2014). Ceci peut cependant amener certains questionnements, à savoir si les différents suivis peuvent, entre autres, être la cause des divergences entre les milieux et les établissements par rapport au rôle des IPS. Il est pertinent de retenir les propos de Contandriopoulos et ses collègues (2014) en lien avec les IPSPL et MDF précisant que l'important est d'opter pour un suivi qui concorde avec trois principaux facteurs, soit la clientèle qui sera suivie, l'expertise ainsi que les attentes de l'IPSPL et le nombre de médecins qui travailleront en partenariat avec l'IPSPL. Ces trois éléments peuvent être considérés comme des conditions gagnantes et pourraient être pris en compte pour faciliter l'implantation des IPSSM, par exemple en les incluant dans l'entente de partenariat. De plus, la disponibilité du psychiatre de même que le délai de réponse du psychiatre étaient jugés primordiaux par les ÉIPSSM. Bien que ce soit 69,2 % des ÉIPSSM qui mentionnaient vouloir une disponibilité en tout temps du psychiatre, les lignes directrices précisent que les mécanismes de collaboration doivent être prévus en avance afin qu'une continuité de soins soit assurée en tout temps (OIIQ & CMQ, 2018). Les éléments nommés précédemment doivent donc se trouver dans l'entente de partenariat afin que les deux professionnels puissent s'y référer et justifier le délai nécessaire en fonction des balises établies dès le départ de la relation entre l'IPSSM et du psychiatre répondant, tel que noté au sein des lignes directrices guidant la pratique des IPSSM (OIIQ & CMQ, 2018).

En ce qui concerne les clientèles suivies, il est important de considérer que, selon les lignes directrices, les IPSSM peuvent traiter tous les types de clientèles (OIIQ & CMQ, 2018) et non seulement les cas dits plus légers. Pourtant, certaines ÉIPSSM disent pouvoir suivre les cas chroniques stables en santé mentale tandis que d'autres mentionnent que l'IPSSM ne devrait pas suivre seulement les cas plus légers puisque la pertinence de son rôle serait moindre que ce qu'il est espéré. Donc, ceci amène un questionnement au niveau de la vision de cet élément et les ÉIPSSM devraient savoir quelles clientèles elles peuvent suivre selon leurs lignes directrices.

5.3 Environnement psychosocial du travail

Les différents éléments questionnés apparaissant au tableau 8 étaient tous importants selon les populations questionnées, par exemple la collaboration, et ce, tant avec le psychiatre répondant que les autres professionnels de la santé. Ceci est en lien avec les recommandations de Smith (2011) ainsi que Contandriopoulos et ses collègues (2014) qui accordent une importance à la collaboration. Celle-ci passe par divers éléments, comme l'esprit d'équipe, l'ouverture de l'équipe médicale à collaborer, la confiance et la connaissance suffisante des groupes de travail multidisciplinaires (Smith, 2011). Les auteurs mentionnent également que la communication est un élément très important entre l'IPSSM et le psychiatre répondant, mais aussi avec les IPSPL et MDF qui réfèrent les patients atteints de TSM. Toutefois, il est étonnant de constater que seulement 55 % des psychiatres accordent une importance à cette communication. Ceci ne va pas dans le sens

des recommandations de Smith qui a nommé que les « mécanismes de communication clairement établis » (Smith, 2011, p. 9) sont l'une des conditions favorables en lien avec la collaboration interprofessionnelle. Concernant la communication entre l'IPSSM et l'IPSPL, elle est très importante pour 69 % des ÉIPSSM et pour 80 % des IPSPL. Cela reflète donc un aspect de la collaboration éventuelle entre les deux professionnels et vu les réponses qui vont dans le même sens, cela démontre qu'il s'agit d'un facteur facilitant. Des mesures doivent donc être prises afin d'encourager cette communication entre les IPSSM et IPSPL puisque les deux populations sont ouvertes l'une envers l'autre et les milieux devraient encourager la collaboration, par exemple avec des rencontres pour que les expertises de chacune soient bénéfiques pour l'autre. Les modifications aux lignes directrices des IPSPL en 2018 laissent sous-entendre que la collaboration entre les IPSPL et les IPSSM n'est pas préconisée d'une certaine façon. Ainsi, cela remet en question les modifications aux lignes directrices des IPSPL en 2018 considérant les réponses obtenues chez les IPSPL et ÉIPSSM et porte à croire qu'un repositionnement quant aux modifications apportées serait nécessaire. Puis, comme une importance considérable est attribuée à la communication entre les IPSSM et les MDF, il en ressort qu'elle doit être prise en compte et ne doit donc pas être négligée dans la mise en œuvre du rôle de l'IPSSM. Ensuite, les résultats démontrent qu'une majorité d'ÉIPSSM estime très important le soutien accordé par la DSI et la chef d'unité, de même que l'accueil dans le milieu. Ceci va dans le sens des propos de Smith (2011) ainsi que Contandriopoulos et ses collègues (2014) nommant le rôle primordial des gestionnaires quant au soutien qu'ils doivent apporter de même que l'accueil qu'ils doivent offrir. Le rôle des gestionnaires est

important à divers niveaux, notamment en ce qui a trait au rôle de pilier afin d'optimiser l'intégration des IPS au sein des équipes (Smith, 2011). Les gestionnaires peuvent y parvenir, entre autres, par la mise en place d'un plan stratégique par rapport à la communication avec les principaux collaborateurs du réseau de la santé pour faciliter l'intégration des IPS dans le milieu (Smith, 2011). Dans le sens de la planification de l'accueil, Contandriopoulos et ses collègues (2014) ont émis plusieurs recommandations suite à une étude qu'ils ont menée dans six milieux cliniques différents ainsi qu'une recension des écrits exhaustives. Ces recommandations concernaient les milieux à cibler et préparer ceux-ci ainsi que prendre en considération tout le processus entourant l'intégration aussi rigoureusement que s'il s'agissait d'un autre processus formel afin d'y accorder le suivi nécessaire (Contandriopoulos et al., 2014). Puis, il était aussi mentionné de s'assurer d'un recrutement rigoureux ainsi qu'établir un plan d'action quant à l'arrivée de l'IPS dans le milieu (Contandriopoulos et al., 2014). L'évaluation du rôle et la satisfaction des patients face à ce dernier ayant été l'une des trois phases qui avait été mise en place lors de l'implantation des IP en santé mentale en Australie (Wand et al., 2010). Il est important de considérer l'intégration d'un suivi au sein de la planification de l'implantation des IPSSM pour permettre une évaluation et des ajustements si nécessaire une fois les IPSSM arrivées dans les milieux.

En ce qui a trait à l'arrivée des IPSSM, les résultats sont plutôt partagés (voir tableau 9). Bien qu'un peu plus de la moitié des psychiatres soient positifs face à leur venue, 36 % d'entre eux y sont ambivalents. Il importe donc de réfléchir à l'accueil éventuel des IPSSM dans les milieux. Chez les MDF, 78 % disent avoir hâte que les IPSSM arrivent. Par

contre, ils ont indiqué précédemment ne pas connaître le rôle envisagé et ils ne faisaient pas autant confiance à une IPSSM qu'à un psychiatre. Cela nous indique que des mesures doivent être mises en place afin de faire connaître le rôle de l'IPSSM auprès des différents professionnels de la santé. Un tel constat a d'ailleurs été soulevé par Baker (2010). Bien établir le rôle et les responsabilités des IPSSM dans les milieux s'avère nécessaire afin de favoriser la collaboration interdisciplinaire. Les données obtenues chez les IPSPL sont à plus de 90 % positives. Par contre, il est important de ressortir que 11 % des MDF et 10 % des IPSPL ont certaines craintes face à l'arrivée des IPSSM. Ces professionnels ont peut-être vécu certains éléments négatifs lors de l'arrivée des IPSPL et ils connaissent possiblement mieux la réalité, ce qui peut expliquer les craintes que ces situations surviennent à nouveau lors de l'implantation des IPSSM. Il aurait donc été pertinent de questionner davantage quelles sont les craintes des professionnels. Ces questions n'ont cependant pas été posées dans le cadre de notre étude.

L'accueil des IPSSM étant un élément primordial par rapport à leur implantation, il est important de s'y pencher, tel que soulevé dans d'autres études (Contandriopoulos et al., 2014). D'ailleurs, les psychiatres et les ÉIPSSM ont été questionnés à cet effet. La seule réponse pertinente obtenue mentionnait deux éléments importants : définir plus précisément le rôle des IPSSM et établir différentes manières pour communiquer efficacement. Ainsi, cela va dans le sens des informations obtenues précédemment puisque le rôle est un élément très important afin que l'implantation puisse se dérouler positivement. Il est donc primordial que l'on s'attarde à la définition précise du rôle et que cette information soit diffusée. De plus, les responsabilités de l'IPSSM ainsi que les

éléments les plus importants des lignes directrices doivent aussi être transmis afin que les différentes instances puissent préparer les milieux en conséquence. En partageant le rôle et les responsabilités de l'IPSSM, il serait pertinent d'aborder également l'entente de partenariat afin que celle-ci inclut toujours les moyens de communication qui seront utilisés entre l'IPSSM et le psychiatre répondant. L'entente de partenariat étant formelle, elle permettra toujours aux deux parties de s'y référer et ainsi d'avoir une collaboration idéale si les deux respectent ce qui a été établi au préalable.

Pour ce qui est des ÉIPSSM, elles ont toutes répondues, sans exception, à la question demandant ce que le psychiatre répondant pouvait mettre en place afin de favoriser leur accueil. Tout d'abord, l'attitude et la collaboration du psychiatre ont été nommées. Il a aussi été soulevé qu'il est important que le psychiatre soit volontaire à recevoir une IPSSM. Il a été nommé également que si les psychiatres connaissent et comprennent bien les lignes directrices, c'est-à-dire le rôle et les responsabilités de l'IPSSM, il pourrait en découler une meilleure collaboration ainsi qu'une meilleure ouverture face à l'IPSSM par rapport aux différentes clientèles qu'elle peut suivre. De plus, nous pouvons interpréter qu'une meilleure relation entre le psychiatre répondant et l'IPSSM permettra une collaboration optimale et entraînera une relation plus ouverte et propice aux échanges. Cela augmentera par le fait même les connaissances et donc l'expertise de l'IPSSM.

La confiance des psychiatres face aux IPSSM est positive à 55 %, mais il faut tout de même considérer la proportion de 36 % qui disent qu'ils feront « peut-être » confiance à l'IPSSM. Toutefois, le fait que 60 % des psychiatres croient que les IPSSM seront autonomes après 12 mois de pratique, tout en considérant la présence du psychiatre

répondant bien sûr, est plutôt intéressant puisque cela laisse présager qu'ils croient que les IPSSM pourront être à l'aise dans leur rôle et leurs responsabilités.

5.4 Commentaires

Au niveau des commentaires recueillis chez les psychiatres, il a été noté « Pas d'intérêt pour une IPS en psychiatrie car pas de besoin actuellement pour cela ». Ce commentaire a été formulé par un psychiatre qui a également mentionné que les IPSSM devraient être en clinique à seulement 10 % du temps et en formation pour 90 % de leur temps. Cette réponse démontre un manque d'intérêt pour les IPSSM. À titre d'exemple, ce même psychiatre a répondu qu'il n'avait pas envie que les IPSSM arrivent dans les milieux et a également écrit qu'il ne ferait pas du tout confiance à une IPSSM. Ce psychiatre a répondu connaître le rôle envisagé de l'IPSSM. Il a cependant répondu « pas important » au fait que l'IPSSM puisse émettre une hypothèse clinique et prescrire. Puis, dans la question des tâches qui pourront être faites par les IPSSM et le délai associé, il a répondu que les IPSSM pourront faire de l'enseignement aux patients un mois après leur entrée en fonction. Pour la prescription de laboratoires et le suivi annuel des patients atteints de TSM chroniques, il croit que ce sera possible d'ici 24 mois. Par contre, il a inscrit que les autres tâches ne pourront jamais être faites par les IPSSM et n'a pas répondu du tout à la tâche de l'évaluation suite à une référence en santé mentale par un MDF. Cela porte donc matière à réflexion à propos de la connaissance du rôle des IPSSM puisque les tâches nommées dans le tableau 1 sont celles inscrites dans les lignes directrices adoptées

par l'OIIQ et le CMQ en 2018. Ces commentaires doivent être pris en considération puisqu'ils pourraient possiblement être partagés par d'autres psychiatres qui pratiquent présentement au Québec. De plus, si le rôle n'est pas bien connu par des médecins partenaires, ceux-ci ne laisseront peut-être pas les IPSSM faire ce pourquoi elles sont formées en fonction de leur champ d'expertise. Dans le cadre de cette étude, ces réponses sont pertinentes et permettent d'observer que ce ne sont pas tous les psychiatres qui sont d'accord avec l'arrivée des IPSSM dans les milieux. Il est donc souhaité que les psychiatres qui sont du même avis dans les autres milieux et les autres régions soient en mesure de nommer le fait qu'ils ne sont pas intéressés à avoir d'IPSSM jumelée avec eux afin d'éviter que l'intégration de certaines IPSSM soit très négative. Bien que ces psychiatres soient présents dans les milieux et puissent nommer leur opposition au rôle des IPSSM, des mesures devraient être mises en place dans les milieux cliniques pour éviter que des situations contraignantes surviennent pour les IPSSM et qui auraient des impacts majeurs dans leur continuité.

Les commentaires des MDF confirment bien la méconnaissance du rôle et donc la nécessité de présenter le rôle et les responsabilités des IPSSM afin que les MDF aient plus confiance et soient en mesure de référer leurs patients atteints de TSM vers les IPSSM. D'ailleurs, Baker (2010) nommait l'importance de promouvoir le rôle de l'IP en santé mentale ainsi que de bien informer les médecins et les professionnels de la santé.

Pour les IPSPL, le premier commentaire noté représente bien le désaccord de la majorité des IPSPL suite aux modifications apportées en 2018 aux lignes directrices des IPSPL, ce désaccord ayant été observé à la question à choix de réponse où on pouvait

observer leur désir de collaboration avec les IPSSM tel qu'abordé précédemment. Ceci rejoint donc ce qui a été dit plus tôt quant à la pertinence de se questionner afin de valider si un retour sur la décision prise est nécessaire. De plus, les IPSPL ont ressorti certaines problématiques, par exemple l'horaire, la reconnaissance par le médecin partenaire de même que la collaboration. Ces commentaires mettent du poids à nouveau quant aux arguments déjà mentionnés et on peut donc en conclure qu'il est important de réfléchir sur ces éléments avant l'arrivée des IPSSM dans les milieux pour faciliter leur implantation.

Les ÉIPSSM ont soulevé les mêmes commentaires cités ci-haut par les MDF en ajoutant que cela optimisera la collaboration et facilitera la rédaction de l'entente de partenariat afin que cette dernière permette, entre autres, une meilleure confiance du psychiatre répondant envers l'IPSSM. De plus, un commentaire reçu va dans le sens de ce qui a été nommé comme pertinent en tant que mesure à mettre en œuvre pour faciliter la collaboration entre les IPSSM et les MDF. Cette mesure nommée était de présenter le rôle et les responsabilités attendues afin que les MDF soient en confiance pour référer leurs patients ayant une problématique de santé mentale. Mis à part la présentation du rôle, un commentaire suggérait que des rencontres aient lieu entre les IPSSM et les médecins généralistes pour que ces derniers comprennent mieux la réalité des IPSSM. Le fait que les MDF comprendraient mieux le rôle, les responsabilités ainsi que la réalité des IPSSM pourraient ainsi aider à augmenter la confiance des MDF envers les IPSSM et faciliterait la collaboration encore une fois. De plus, les différentes instances concernées dans les CISSS et Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) devraient être mieux informées du rôle et des responsabilités de l'IPSSM ainsi que de son

apport aux soins en santé mentale. Selon une ÉIPSSM, il semble qu'un CIUSSS ait refusé la présence d'IPSSM en GMF avant même que celles-ci soient dans les milieux. Pourtant, une IPSSM en GMF pourrait déjà être une porte d'entrée pour la santé mentale directement en première ligne. Le fait d'être déjà au GMF aurait certainement plusieurs impacts positifs, par exemple moins de craintes à consulter en santé mentale considérant qu'ils n'auraient pas besoin d'aller en psychiatrie comme telle pour obtenir des soins et services. Le fait qu'une IPSSM soit présente en GMF permettrait aussi de faciliter, selon moi, le corridor de service vers la santé mentale par la suite.

5.5 Facteurs facilitants et barrières

Le tableau 11 présente les facteurs facilitants et le tableau 12, quant à lui, expose les barrières qui ont été recensées dans les questionnaires en lien avec l'implantation des IPSSM dans les milieux cliniques. Les résultats obtenus ont permis de diviser les réponses en deux catégories : les facteurs facilitants lorsque les répondants affirmaient que les éléments avaient un effet positif ou les barrières lorsqu'il y avait une divergence d'opinions entre les répondants.

Tableau 11

Facteurs facilitants en lien avec l'implantation des IPSSM

Facteurs facilitants
<ul style="list-style-type: none"> • Importance accordée à un rôle défini • Importance accordée pour émettre une hypothèse clinique et prescrire • Horaire de 30 à 39h/semaine pour IPSSM • Horaire : 80 % en clinique, 20 % en formation • Nombre de patients par jour (5 à 9) • Importance accordée à l'espace de travail • Importance accordée à la proximité de l'espace de travail de l'IPSSM à celui du psychiatre • IPSSM aura impact sur multiples indicateurs de santé : ↑ accessibilité aux soins, ↑ qualité des soins, ↓ hospitalisations, ↓ listes d'attente • Importance accordée à la collaboration avec psychiatre et autres professionnels • Disponibilité du psychiatre en tout temps, délai de réponse adéquat selon les situations • Importance accordée à une bonne communication entre l'IPSSM et les différents professionnels avec qui elle collaborera • Soutien DSI et chef d'unité • Accueil adapté aux IPSSM au moment de leur arrivée dans les milieux

-
- Psychiatres, MDF et IPSPL ont hâte à l'arrivée des IPSSM
 - Niveau de confiance des psychiatres envers les IPSSM
 - Psychiatres veulent laisser de l'autonomie aux IPSSM
-

Tableau 12

Barrières en lien avec l'implantation des IPSSM

Barrières

-
- Méconnaissance du rôle
 - Modification apportée aux lignes directrices des IPS amenant les IPSPL à devoir référer tous les cas de problèmes de santé mentale et les IPSSM à devoir référer les cas de problèmes de santé physique.
 - Faible importance accordée à l'uniformisation du rôle dans les milieux (D'un CISSS/CIUSSS à l'autre ainsi qu'entre 1^{re}, 2^e et 3^e lignes)
 - Niveau de confiance des IPSPL et MDF envers les IPSSM comparativement aux psychiatres en ce qui a trait aux questions posées et références en santé mentale
 - Nombre de patients suivis annuellement
 - Divergence entre les intensités de soins qui peuvent être offertes par les IPSSM si l'on compare les réponses obtenues des psychiatres, MDF et IPSPL avec les lignes directrices
-

Suite aux résultats obtenus, des pistes de solution ont été émises afin de diminuer les barrières qui pourraient entraver l'implantation des IPSSM. Des pistes d'intervention ont également été émises afin d'encourager la mise en œuvre des facteurs facilitants en vue de l'implantation des IPSSM. Ces pistes de solution sont les suivantes :

- Définir le rôle plus clairement pour une application plus uniforme au sein des établissements, et ce, dans tous les services (1^{re}, 2^e et 3^e lignes).
- Présentation du rôle et des responsabilités des IPSSM aux équipes de santé mentale ainsi qu'aux MDF et aux IPSPL.
- Présentation spécifique aux psychiatres collaborant avec les IPSSM, en considérant les lignes directrices des IPSSM et le Règlement encadrant la pratique IPSSM.
- Élaboration de l'entente de partenariat entre le médecin partenaire et l'IPSSM, en prenant bien en considération les lignes directrices.
- Prévoir l'horaire en clinique avec un nombre réaliste de patients et inclure du temps alloué au DPI.
- Adapter l'horaire en fonction des cas et le temps nécessaire pour chacun d'eux, par exemple s'il s'agit d'un suivi ou d'une première évaluation.
- Adapter le nombre de patients selon chaque IPSSM et son contexte de travail.
- Espace de travail stable pour chaque IPSSM, idéalement près de celui du psychiatre étant le médecin partenaire.

- Établir des moyens de communication clairs et appropriés entre l'IPSSM et les différents professionnels de la santé, tant le médecin partenaire que l'équipe soignante et les MDF/IPSPL qui réfèrent des cas en santé mentale.
- Soutien adéquat à apporter aux IPSSM de la part des différents professionnels de la santé, de même que de la DSI et de la chef d'unité.
- Accueil adéquat et adapté à la réalité des IPSSM.
- Modification apportée aux lignes directrices à revoir par l'OIIQ et le CMQ quant aux restrictions pour le suivi de clientèle selon les spécialités.
- Permettre aux psychiatres de nommer aisément s'ils ne sont pas intéressés à collaborer avec une IPSSM pour éviter un jumelage non désiré et qui pourrait avoir des conséquences négatives sur l'intégration de l'IPSSM.

5.6 Limites de l'étude

La première limite liée à cette étude est le temps accordé à la réalisation de cette étude, principalement en raison du fait que c'est un projet de maîtrise et non un projet doctoral. La question de temps est une limite puisqu'elle a amené ce projet à se réaliser très rapidement afin que le mémoire soit ensuite rédigé en un délai prescrit. Il en était ainsi pour différentes raisons, mais principalement le fait que le mémoire incluant les recommandations devait être disponible pour être lu et partagé aux différentes instances avant l'arrivée des IPSSM dans les milieux. Comme les premières IPSSM seront dans les milieux vers l'automne 2019, les recommandations devaient être divulguées plus tôt pour

encourager la mise en œuvre des facteurs facilitants et partager les solutions face aux possibles barrières pour que l'implantation des IPSSM soit optimisée.

La deuxième limite est le nombre de participants à l'étude puisque cela réduit sa transférabilité. Afin de recruter davantage d'ÉIPSSM, il aurait été nécessaire de faire une demande aux comités d'éthique dans les autres universités, ce qui aurait allongé la période de collecte de données repoussant de quelques mois la rédaction et donc la date de dépôt du mémoire. Pour les psychiatres et MDF, il aurait été pertinent d'aller questionner non seulement ceux du Nord de Lanaudière, mais également ceux du Sud de Lanaudière. Quant aux IPSPL, le nombre est principalement limité en raison du questionnaire envoyé en ligne. Le questionnaire était en ligne pour les IPSPL, mais le formulaire d'information et de consentement devait être signé et numérisé afin de le retourner avec le questionnaire. Le fait d'avoir cette étape supplémentaire diminue possiblement le nombre de participants puisque cela demande un délai supplémentaire dans la participation à la présente étude.

5.7 Forces de l'étude

Tout d'abord, il est important de souligner que la présente étude est la première qui s'intéresse à l'arrivée des IPSSM au Québec. Autrement dit, il s'agit d'une recherche innovante puisqu'aucune autre étude avait été effectuée avant celle-ci à propos de l'implantation des IPSSM au Québec. De plus, l'étude a été réalisée en élaborant des questionnaires à propos d'un modèle conceptuel représentant la réalité québécoise quant à son système de santé, ce qui est une autre force de l'étude. En adaptant l'outil de mesure

selon la réalité au Québec, ceci permet de mieux étudier le phénomène des IPS quant à la spécialité de la santé mentale, plus particulièrement au Québec

Conclusion

Le rôle novateur des IPSSM se veut une solution afin d'augmenter l'accessibilité aux soins et services en santé mentale (OIIQ & CMQ, 2018). Il est donc primordial de s'attarder à l'implantation de ces nouvelles infirmières praticiennes spécialisées. Celle-ci doit être réussie et pour ce faire, il faut non seulement prendre en compte l'expérience vécue par les IPSPL antérieurement, mais également celle des infirmières praticiennes ailleurs dans le monde en ce qui a trait au domaine de la santé mentale. En ce sens, l'étude exploratoire qui a été réalisée avait pour objectif de cibler les facteurs pouvant faciliter l'implantation des IPSSM ainsi que de décrire les barrières pouvant entraver l'implantation afin de pouvoir émettre des pistes de solution.

Ainsi, des retombées sont attendues de la présente étude. Avec les résultats obtenus, il est souhaité qu'une intégration adéquate des IPSSM ait lieu de même que les collègues des IPSSM aient une bonne connaissance et compréhension de leur rôle et leurs responsabilités. Puis, il est souhaité que les IPSSM aient un impact positif sur les différents indicateurs de santé, par exemple les listes d'attente, et donc qu'elles aient un impact direct chez la clientèle en santé mentale.

Comme de multiples facteurs facilitants ont été recensés, il importe d'en tenir compte afin de contribuer à la réussite de l'implantation du rôle novateur des IPSSM. Quant aux barrières ciblées, des mesures doivent être mises en place afin de les diminuer et ainsi optimiser l'implantation des nouveaux rôles infirmiers pouvant être joués par les IPSSM. Celles-ci sont d'ailleurs attendues dans les milieux à la fin de 2019 et il est envisagé qu'elles aient un impact positif, entre autres, sur différents indicateurs de santé dont

l'accessibilité aux soins. Ainsi, des études devraient être faites afin d'évaluer spécifiquement les retombées des IPSSM dans les différents milieux. En d'autres mots, des futures études devraient se pencher sur l'impact des IPSSM quant aux différents indicateurs de santé une fois qu'elles seront arrivées dans les milieux.

Références

Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. (2015). *Mémoire sur la première partie du projet de loi n°20: Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée. Impacts projetés et pistes de solution pour atteindre les objectifs du projet de loi n°20* (Commission parlementaire). Consulté le 14 février 2018.

Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. (2019). *Infirmières praticiennes spécialisées*. Repéré à <https://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/historique/au-canada>. Consulté le 25 mai 2019.

Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec. (2018). *Statistiques*. Repéré à <https://aipsq.com/association-des-infirmieres-praticiennes-specialisees-du-quebec/statistiques>. Consulté le 25 mai 2019.

Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015*. Repéré à <https://www.canada.ca/content/dam/canada/health-canada/migration/healthy-canadians/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-illness-2015-maladies-mentales/alt/mental-illness-2015-maladies-mentales-fra.pdf>. Consulté le 07 avril 2019.

American Psychiatric Association (2015). *Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles mentaux (DSM-5)*, (5^e éd.). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.

Association des médecins psychiatre du Québec. (2019). *Qu'est-ce que la psychiatrie?* Repéré à <https://ampq.org/la-psychiatrie/quest-ce-que-la-psychiatrie/>. Consulté le 07 avril 2019.

Baker, N. (2010). Exploring the mental health nurse practitioner scope of practice in youth early psychosis: An anecdotal account. *Contemporary Nurse*, 34(2), 211–220.

Bédard, B., Benoit, D., & Viens, C. (2005). *Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail*. Montréal : Association des hôpitaux du Québec.

Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *Journal of advanced nursing*, 48(5), 519-529.

Chapados, C. (2006). Implantation du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en néphrologie au Québec. *Echanges de l'AFIDTN*, 76 (Juillet 2006), p.6-9.

- Chassin, Y., & Moreau, A. (2016). *Cliniques de superinfirmières : une solution flexible pour un meilleur accès aux soins de santé*. Repéré à <https://www.iedm.org/fr/59839-cliniques-de-superinfirmieres-une-solution-flexible-pour-un-meilleur-acces-aux-soins-de-sante>. Consulté le 25 mai 2019.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux : Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Repéré à https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_Rapport_Appreciation_SanteMentale_2012.pdf. Consulté le 12 avril 2018.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2011). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Repéré à <https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-03/la%20nesessite%20dinvestir%20dans%20la%20sante%20mentale%20au%20canada.pdf>. Consulté le 12 avril 2018.
- Contandriopoulos, D., Beaulieu, M.-D., Brault, I., Brousselle, A., D'Amour, D., Dubois, C.-A., Jean, E., Kilpatrick, K., & Perroux, M. (2014). *L'intégration des Infirmières Praticiennes Spécialisées en Première Ligne (IPSPL) : leçons tirées de la littérature et des premières expériences québécoises*. Repéré à http://www.medsp.umontreal.ca/IRSPUM_DB/pdf/29216.pdf. Consulté le 04 décembre 2018.
- Contandriopoulos, D., D'Amour, D., Dubois, C.-A., Kilpatrick, K., Brault, I., Lajeunesse, J., Beaulieu, M.-D., Brousselle, A., & Jean, E. (2014). *Soutenir le déploiement des infirmières praticiennes de première ligne (IPSPL) au Québec*. Repéré à http://www.ipspl.info/wordpress/wp-content/uploads/2015/01/Rapport_Final-IPSPL.pdf. Consulté le 04 décembre 2018.
- Creamer, A. M. et Austin, W. (2017). Canadian Nurse Practitioner Core Competencies Identified: An Opportunity to Build Mental Health and Illness Skills and Knowledge. *The Journal for Nurse Practitioners*, 13(5), e231–e236.
- D'Amour, D., Morin, D., Dubois, C. A., Lavoie-Tremblay, M., Dallaire, C., & Cyr, G. (2007). Évaluation de l'implantation du programme d'intéressement au titre d'infirmière praticienne spécialisée. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/2196/Rapport%20MSS%20IPS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consulté le 18 janvier 2019.
- D'Amour, D., Tremblay, D., & Proulx, M. (2009). Déploiement de nouveaux rôles infirmiers au Québec et pouvoir médical. *Recherches sociographiques*, 50(2), 301-320.

- De Nesnera, A., & Allen, D. E. (2016). Expanding the role of psychiatric mental health nurse practitioners in a state psychiatric system: The New Hampshire experience. *Psychiatric Services*, 67(5), 482-484.
- Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2010). *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée de première ligne et un ou plusieurs médecins partenaires*. Repéré à <https://fmoq.s3.amazonaws.com/pratique/collaboration/IPS/IPS-DOC-2010-09-15-Annexe1.pdf>. Consulté le 17 mai 2019.
- Fisher, J. E. (2005). Mental health nurse practitioners in Australia: Improving access to quality mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 14(4), 222-229.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de la recherche* (3^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Fortinash, K. M., & Holoday Worret, P. A. (Dir.). (2016). *Soins infirmiers : santé mentale et psychiatrie*. (2^e éd.). Montréal, Qc : Chenelière éducation.
- Gallagher, F. (2014). La recherche descriptive interprétative : description des besoins psychosociaux des femmes à la suite d'un résultat anormal à la mammographie de dépistage du cancer du sein. Dans M. Corbière, & N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes* (pp. 5-25). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gould, O. N., Johnstone, D., & Wasylkiw, L. (2007). Nurse practitioners in Canada: beginnings, benefits, and barriers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(4), 165-171.
- Gouvernement du Québec. (2002). *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., c. I-8 <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/I-8>. Consulté le 29 août 2019.
- Gouvernement du Québec. (2014). *Loi médicale*, L.R.Q., c. M-9 <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/M-9>. Consulté le 29 août 2019.
- Gouvernement du Québec. (2017). *Santé mentale – Le Gouvernement du Québec annonce la création d'un programme public de psychothérapie*. Repéré à <http://www.fil-information.gouv.qc.ca/Pages/Article.aspx?idArticle=2512031288>. Consulté le 17 mai 2019.

- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82(4), 581-629.
- Hamaideh, S. H. (2017). Sources of knowledge and barriers of implementing evidence-based practice among mental health nurses in Saudi Arabia. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(3), 190-198.
- Happell, B., Sundram, S., Wortans, J., Johnstone, H., Ryan, R. et Lakshmana, R. (2009). Assessing nurse-initiated care in a mental health crisis assessment and treatment in Australia. *Psychiatric Services*, 60(11), 1527-1531.
- Horrocks, S., Anderson, E., & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324(7341), 819-823.
- Hubbard, G. B. (2014). Customized role play: Strategy for development of psychiatric mental health nurse practitioner competencies. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50(2), 132-138.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Indicateurs de santé 2011*. Repéré à <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1635>. Consulté le 01 novembre 2018.
- Institut national de santé publique du Québec. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProIUtiServices.pdf. Consulté le 12 avril 2018.
- Kitson, A. L., Rycroft-Malone, J., Harvey, G., McCormack, B., Seers, K., & Titchen, A. (2008). Evaluating the successful implementation of evidence into practice using the PARIHS framework: Theoretical and practical challenges. *Implementation Science*, 3(1), 1.
- Kroezen, M., Van Dijk, L., Groenewegen, P. P., & Francke, A. L. (2011). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 11(1), 127.
- La lueur du phare (2017). *Cap sur le mieux-être*. Repéré à https://docs.wixstatic.com/ugd/eb9f1f_614e67f158294a3d8777b22352036a2f.pdf. Consulté le 03 mars 2019.

- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Canadian essentials of nursing research*. (3^e éd.). Philadelphie, PA : Lippincott Williams & Wilkins.
- Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Donald, F., Bryant-Lukosius, D., Rayner, J., Valaitis, R., ... & Charbonneau-Smith, R. (2016). Nurse practitioner caseload in primary health care: Scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 62, 170-182.
- Mathieson, A., Grande, G., & Luker, K. (2018). Strategies, facilitators and barriers to implementation of evidence-based practice in community nursing: A systematic mixed-studies review and qualitative synthesis. *Primary Health Care Research & Development*, 20, 11p.
- Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A.-S. et Morin, D. (2016). Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition d'un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique. *Revue francophone internationale de recherche infirmière*, 2(2), 105-113.
- Middleton, S., Gardner, A., Della, P. R., Lam, L., Allnutt, N., & Gardner, G. (2016). How has the profile of Australian nurse practitioners changed over time? *Collegian*, 23(1), 69-77.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-914-01.pdf>. Consulté le 12 avril 2018.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020 : faire ensemble et autrement*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>. Consulté le 12 avril 2018.
- Morin, D. (2018). *La pratique infirmière avancée : vers un consensus au sein de la francophonie*. Montréal : Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone.
- Muxworthy, H., & Bolland, N. (2011). Barriers to practice and impact on care: An analysis of the psychiatric mental health nurse practitioner role. *The Journal of the New York State Nurses' Association*, 42 (1-2), 8-14.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2015). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Repéré à https://www.oiq.org/sites/default/files/code-deonto-fr-Web_0.pdf. Consulté le 23 août 2019.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2013). *Mémoire : optimiser la contribution des infirmières praticiennes spécialisées pour mieux servir la population québécoise*. Repéré à <https://www.oiiq.org/optimiser-la-contribution-des-ips-pour-mieux-servir-la-population-quebecoise-memoire>. Consulté le 11 novembre 2018.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2019). *Ouverture du diagnostic aux IPS : une avancée sans précédent pour l'accès aux soins*. Repéré à <https://www.oiiq.org/en/ouverture-du-diagnostic-aux-ips?inheritRedirect=true&redirect=%2Fen%2Fmedias>. Consulté le 13 mai 2019.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec et Collège des médecins du Québec. (2018). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale : lignes directrices*. Montréal : Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. Consulté le 14 mai 2018.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec et Collège des médecins du Québec. (2019). *Pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en santé mentale : lignes directrices*. Montréal : Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. Consulté le 23 août 2019.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2016). *Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale*. Repéré à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/standards-de-pratique-de-linfirmiere-dans-le-domaine-de-la-sante-mentale>. Consulté le 12 avril 2018.
- Organisation mondiale de la Santé. (2018). *La santé mentale : renforcer notre action*. Repéré à <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Consulté le 14 février 2019.
- Procter, N., Beutel, J., Deuter, K., Curren, D., de Crespigny, C., & Simon, M. (2011). The developing role of transition to practice programs for newly graduated mental health nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3), 254-261.
- Ricard, N., Page, C., & Laflamme, F. (2014). La pratique infirmière avancée : un choix qui s'impose pour la qualité des soins et services en santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 137-157.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183.

- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., & DiCenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(6), 1178-1190.
- Smith, A. (2011). *Mise en place de conditions favorables à l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne : une recension des écrits et des meilleures pratiques*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.
- Stetler, C. B., Legro, M. W., Rycroft-Malone, J., Bowman, C., Curran, G., Guihan, M., ... & Wallace, C. M. (2006). Role of "external facilitation" in implementation of research findings: A qualitative evaluation of facilitation experiences in the Veterans Health Administration. *Implementation Science*, 1(1), 23.
- St-Pierre, I., & St-Pierre, L. (2017). *Rapport de recherche sur le portrait des patients ayant des problèmes de santé mentale et dépendance et ayant consulté les services d'urgence de la région Mauricie-Centre-du-Québec*. CIUSSSMCQ/UQTR.
- Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2018). *Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach* (6th ed.). St-Louis, MI : Elsevier.
- Wand, T., & Fisher, J. (2006). The mental health nurse practitioner in the emergency department: an Australian experience. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(3), 201-208.
- Wand, T., & White, K. (2015). Building a Model of Mental Health Nurse Practitioner-led Service Provision in Australia. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11(4), 462-465.
- Wand, T., White, K., Patching, J., Dixon, J., & Green, T. (2010). Introducing a new model of emergency department-based mental health care. *Nurse Researcher*, 18(1).
- Ward, T., Wynaden, D., & Heslop, K. (2018). Who is responsible for metabolic screening for mental health clients taking antipsychotic medications? *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 196-203.
- Wortans, J., Happell, B., & Johnstone, H. (2006). The role of the nurse practitioner in psychiatric/mental health nursing: Exploring consumer satisfaction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(1), 78-84.

Appendice A
Questionnaire ÉIPSSM

**QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES ÉTUDIANTS ET DES ÉTUDIANTES AU PROGRAMME
INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN SANTÉ MENTALE**

UQTR



Université du Québec
à Trois-Rivières

**QUESTIONNAIRE : FACTEURS FACILITANTS ET BARRIÈRES AU DÉPLOIEMENT DES
IPSSM**

Madame, Monsieur,

Ce sondage par questionnaire s'inscrit dans le cadre des études de maîtrise de l'étudiante, Frédérique Dontigny.

L'étude a pour objectif principal d'explorer les facteurs qui pourront permettre de faciliter l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) dans les milieux cliniques de même que de connaître les barrières pouvant entraver leur intégration.

Soyez assurés que l'ensemble des données recueillies grâce à ce questionnaire seront traitées de façon anonyme et confidentielle. De plus, il est important de porter à votre attention que certaines données pourraient être utilisées à des fins de publications scientifiques et professionnelles.

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION

Section 1 – Informations générales

Q1 Quel est votre sexe?

1 ☐ Homme 2 ☐ Femme

Q2 Quel est votre âge?

1 ☐ Entre 20 et 29 ans 2 ☐ Entre 30 et 39 ans
3 ☐ Entre 40 et 49 ans 4 ☐ 50 ans et plus

Q3 Dans quelle région résidez-vous actuellement ?

1 <input type="checkbox"/> Bas-Saint-Laurent	2 <input type="checkbox"/> Saguenay-Lac-Saint-Jean
3 <input type="checkbox"/> Capitale-Nationale	4 <input type="checkbox"/> Mauricie
5 <input type="checkbox"/> Estrie	6 <input type="checkbox"/> Montréal
7 <input type="checkbox"/> Outaouais	8 <input type="checkbox"/> Abitibi-Témiscamingue
9 <input type="checkbox"/> Côte-Nord	10 <input type="checkbox"/> Nord-du-Québec
11 <input type="checkbox"/> Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	12 <input type="checkbox"/> Chaudière-Appalaches
13 <input type="checkbox"/> Laval	14 <input type="checkbox"/> Lanaudière
15 <input type="checkbox"/> Laurentides	16 <input type="checkbox"/> Montérégie
17 <input type="checkbox"/> Centre-du-Québec	

18 ☐ Je ne sais pas

Q4 Indiquez le nombre d'années d'expérience que vous avez en tant qu'infirmière.

1 ☐ Moins de cinq ans 2 ☐ 5 à 9 ans et 11 mois
3 ☐ 10 à 14 ans et 11 mois 4 ☐ 15 ans et plus

Q5 Indiquez le nombre d'années d'expérience que vous avez en santé mentale.

1 ☐ Moins de cinq ans 2 ☐ 5 à 9 ans et 11 mois
3 ☐ 10 à 14 ans et 11 mois 4 ☐ 15 ans et plus

Q6 Êtes-vous étudiante à temps partiel ou à temps plein?

1 ☐ Temps partiel 2 ☐ Temps complet

Section 2 – Ressources humaines

Q7- Connaissez-vous le rôle envisagé de l'IPSSM?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Q8- Quelle importance accordez-vous au fait que votre rôle soit clairement défini?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q9- Quelle importance accordez-vous au fait que votre rôle soit uniforme dans tous les milieux? (D'un CISSS/CIUSSS à l'autre)

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q10- Quelle importance accordez-vous au fait que votre rôle soit uniforme dans tous les milieux? (Les milieux étant la 1^{re}, 2^e et 3^e lignes)

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q11- Connaissez-vous la trajectoire de soins actuelle en santé mentale?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Q12- Où situez-vous votre place en tant qu'IPSSM au sein de la trajectoire actuelle de soins en santé mentale?

Q13- Pouvez-vous me parler de la pertinence du rôle de l'IPSSM quant à son apport dans la trajectoire de soins?

Q14- Quelle importance accordez-vous au droit d'émettre une hypothèse clinique?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q15- Quelle importance accordez-vous au droit de prescrire?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q16- Quel est le nombre d'heures que vous devrez travailler par semaine selon vous?

1 ☐ Moins de 20h 2 ☐ 20 à 29h 3 ☐ 30 à 39h 4 ☐ Plus de 40h

Q17- Comment envisagez-vous la division de vos tâches? (En %)

1 ☐ Clinique 2 ☐ En formation

Q18- Quelle est ou quelles sont les intensités de soins que vous croyez être en mesure d'offrir?

1 ☐ Léger 2 ☐ Modéré 3 ☐ Grave 4 ☐ Autre, précisez :

Q19- Combien de patients croyez-vous que vous pourrez suivre annuellement?

1 ☐ Moins de 200 2 ☐ 200 à 399 3 ☐ 400 à 599 4 ☐ Plus de 600 (précisez) :

Q20- Combien de patients croyez-vous que vous pourrez voir dans une journée?

1 ☐ Moins de 5 2 ☐ 5 à 9 3 ☐ 10 à 14 4 ☐ Plus de 15 (précisez) :

Q21- Quelle importance accordez-vous au fait que les autres professionnels de la santé (ergothérapeute, infirmière clinicienne, travailleuse sociale, psychologue, ...) connaissent bien votre rôle, et ce, tant au niveau réglementaire qu'administratif?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q22- Considérant que des modifications sont en cours au niveau des lignes directrices pour la pratique des IPSPL et des IPSSM, quel est votre avis quant à la division des rôles et responsabilités d'une IPSSM?

1 ☐ IPSSM traite principalement des problèmes de santé mentale et peut aussi traiter des problèmes de santé physique légers qui surviennent chez leur clientèle pendant quelques mois avant de référer aux IPSPL. 2 ☐ IPSSM traite uniquement des problèmes de santé mentale et doit référer aux IPSPL tous les problèmes de santé physique. 3 ☐ IPSSM traite les problèmes de santé physique et de santé mentale sans avoir à travailler avec l'IPSPL.

Section 3 – Processus de travail

Q23- Quelle importance accordez-vous au fait d'avoir votre propre bureau?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q24- Quelle importance accordez-vous à la proximité de votre bureau à celui de votre psychiatre répondant?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q25- Pouvez-vous nommer des indicateurs démontrant l'importance des IPSSM dans le réseau de santé?

Q26- Quelle est votre vision du rôle de l'IPSSM par rapport à la qualité des soins?

Q27- Quelle est votre vision du rôle de l'IPSSM par rapport à l'accessibilité des soins?

Q28- Quelle est votre vision du rôle de l'IPSSM par rapport à la continuité des soins?

Q29- Suite à la lecture des lignes directrices, pouvez-vous me décrire comment vous envisagez la collaboration avec votre psychiatre répondant par rapport aux éléments suivants :

A-Suivi des patients :

B-Disponibilité du psychiatre :

C-Délai de réponse du psychiatre lorsque questionnements et/ou validations nécessaires :

D-Type de clientèle suivie :

E-Rôle de collaboration quant aux diverses tâches :

F-Autre (Précisez) :

Section 4 – Environnement psychosocial du travail

Q30- Quelle importance accordez-vous à la collaboration entre une IPSSM et son psychiatre répondant?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q31- Quelle importance accordez-vous à la collaboration d'une IPSSM avec les autres professionnels de la santé (Ergo., inf. clinicienne, T.S., psychologue, ...)?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q32- Quelle importance accordez-vous à la communication entre une IPSSM et son psychiatre répondant?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q33- Quelle importance accordez-vous à la communication entre une IPSSM et une IPSPL?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q34- Quelle importance accordez-vous au soutien qui vous sera offert par la DSI?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q35- Quelle importance accordez-vous est au soutien qui vous sera offert par la chef d'unité?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q36- Quelle importance accordez-vous à votre accueil en tant que nouvelle IPSSM dans votre milieu?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q37- Qu'est-ce que ça vous prendrait pour vous sentir bien accueillie par votre psychiatre répondant?

Tout commentaire face au déploiement des IPSSM sera bienvenue :

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION!

Appendice B
Questionnaire psychiatre

QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES PSYCHIATRES

Université du Québec
à Trois-Rivières

QUESTIONNAIRE : FACTEURS FACILITANTS ET BARRIÈRES AU DÉPLOIEMENT DES IPSSM

Madame, Monsieur,

Ce sondage par questionnaire s'inscrit dans le cadre des études de maîtrise de l'étudiante, Frédérique Dontigny.

L'étude a pour objectif principal d'explorer les facteurs qui pourront permettre de faciliter l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) dans les milieux cliniques de même que de connaître les barrières pouvant entraver leur intégration.

Soyez assurés que l'ensemble des données recueillies grâce à ce questionnaire seront traitées de façon anonyme et confidentielle. De plus, il est important de porter à votre attention que certaines données pourraient être utilisées à des fins de publications scientifiques et professionnelles.

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION

Section 1 – Informations générales

Q1 Quel est votre sexe?

1 ☐ Homme 2 ☐ Femme

Q2 Quel est votre âge?

1 ☐ Entre 20 et 29 ans 2 ☐ Entre 30 et 39 ans
3 ☐ Entre 40 et 49 ans 4 ☐ 50 ans et plus

Q3 Dans quelle région travaillez-vous actuellement ?

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Bas-Saint-Laurent | 2 <input type="checkbox"/> Saguenay-Lac-Saint-Jean |
| 3 <input type="checkbox"/> Capitale-Nationale | 4 <input type="checkbox"/> Mauricie |
| 5 <input type="checkbox"/> Estrie | 6 <input type="checkbox"/> Montréal |
| 7 <input type="checkbox"/> Outaouais | 8 <input type="checkbox"/> Abitibi-Témiscamingue |
| 9 <input type="checkbox"/> Côte-Nord | 10 <input type="checkbox"/> Nord-du-Québec |
| 11 <input type="checkbox"/> Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine | 12 <input type="checkbox"/> Chaudière-Appalaches |
| 13 <input type="checkbox"/> Laval | 14 <input type="checkbox"/> Lanaudière |
| 15 <input type="checkbox"/> Laurentides | 16 <input type="checkbox"/> Montérégie |
| 17 <input type="checkbox"/> Centre-du-Québec | |
| 18 <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | |

Q4 Indiquez le nombre d'années d'expérience que vous avez en tant que psychiatre.

1 ☐ Moins de cinq ans 2 ☐ 5 à 9 ans et 11 mois
3 ☐ 10 à 14 ans et 11 mois 4 ☐ 15 à 19 ans et 11 mois
5 ☐ 20 ans et plus

Q5 Avez-vous déjà eu des externes et/ou résidents à votre charge en tant que psychiatre?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Q6 Êtes-vous intéressé(e) de travailler conjointement avec une IPSSM?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non
3 ☐ Je ne sais pas

Q7 Dans quel(s) milieu(x) de la santé mentale travaillez-vous? (1^{ère}, 2^e et 3^e lignes)

Section 4 – Environnement psychosocial du travail

Q23- Comment envisagez-vous l'arrivée des IPSSM?

1 <input type="checkbox"/> Très hâte	2 <input type="checkbox"/> Hâte	3 <input type="checkbox"/> Plus ou moins hâte	4 <input type="checkbox"/> Craintes	5 <input type="checkbox"/> Pas envie
--------------------------------------	---------------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------------------

Q24- Quelle importance accordez-vous à la collaboration entre une IPSSM et son psychiatre répondant?

1 <input type="checkbox"/> Très important	2 <input type="checkbox"/> Important	3 <input type="checkbox"/> Plus ou moins important	4 <input type="checkbox"/> Peu important	5 <input type="checkbox"/> Pas important
---	--------------------------------------	--	--	--

Q25- Quelle importance accordez-vous à la collaboration d'une IPSSM avec les autres professionnels de la santé (ergothérapeute, infirmière clinicienne, travailleuse sociale, psychologue, ...)?

1 <input type="checkbox"/> Très important	2 <input type="checkbox"/> Important	3 <input type="checkbox"/> Plus ou moins important	4 <input type="checkbox"/> Peu important	5 <input type="checkbox"/> Pas important
---	--------------------------------------	--	--	--

Q26- Quelle importance accordez-vous à la communication entre une IPSSM et son psychiatre répondant?

1 <input type="checkbox"/> Très important	2 <input type="checkbox"/> Important	3 <input type="checkbox"/> Plus ou moins important	4 <input type="checkbox"/> Peu important	5 <input type="checkbox"/> Pas important
---	--------------------------------------	--	--	--

Q27- Allez-vous être en mesure de faire confiance à une IPSSM?

1 <input type="checkbox"/> Certainement	2 <input type="checkbox"/> Peut-être	3 <input type="checkbox"/> Pas du tout
---	--------------------------------------	--

Q28- Tout en sachant que le psychiatre répondant est disponible, après combien de temps de temps croyez-vous qu'une IPSSM peut être autonome?

1 <input type="checkbox"/> 1 mois	2 <input type="checkbox"/> 2 mois	3 <input type="checkbox"/> 3 mois	4 <input type="checkbox"/> 4 mois	5 <input type="checkbox"/> 5 mois
6 <input type="checkbox"/> 6 mois 7 <input type="checkbox"/> 12 mois 8 <input type="checkbox"/> 24 mois 9 <input type="checkbox"/> Autre, précisez :				

Q29- En tant que psychiatre, que pourriez-vous mettre en place pour accueillir une IPSSM dans votre milieu?

Tout commentaire face au déploiement des IPSSM sera bienvenue :

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION!

Section 2 – Ressources humaines

Q8- Connaissez-vous le rôle envisagé de l'IPSSM?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Q9- Quelle importance accordez-vous au fait que le rôle des IPSSM soit clairement défini?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q10- Quelle importance accordez-vous au fait que le rôle des IPSSM soit uniforme dans tous les milieux? (D'un CISSS/CIUSSS à l'autre)

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q11- Quelle importance accordez-vous au fait que le rôle des IPSSM soit uniforme dans tous les milieux? (Les milieux étant la 1^{re}, 2^e et 3^e lignes)

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q12- Quelle importance accordez-vous au droit d'émettre une hypothèse clinique par les IPSSM?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q13- Quelle importance accordez-vous au droit de prescrire par les IPSSM?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q14- Quel est le nombre d'heures qu'une IPSSM devrait travailler par semaine selon vous?

1 ☐ Moins de 20h 2 ☐ 20 à 29h 3 ☐ 30 à 39h 4 ☐ Plus de 40h

Q15- Comment les tâches d'une IPSSM devraient être divisées selon vous? (En %)

1 ☐ Clinique 2 ☐ En formation

Q16- Quelle est ou quelles sont les intensités de soins qui pourraient être offertes par les IPSSM selon vous?

1 ☐ Léger 2 ☐ Modéré 3 ☐ Grave 4 ☐ Autre, précisez : _____

Q17- Combien de patients croyez-vous qu'il sera possible que les IPSSM puissent suivre annuellement?

1 ☐ Moins de 200 2 ☐ 200 à 399 3 ☐ 400 à 599 4 ☐ Plus de 600 (précisez) : _____

Q18- Combien de patients croyez-vous qu'il sera possible que les IPSSM puissent voir dans une journée?

1 ☐ Moins de 5 2 ☐ 5 à 9 3 ☐ 10 à 14 4 ☐ Plus de 15 (précisez) : _____

Q19- Quelles tâches pourraient être faites par les IPSSM et d'ici combien de temps?

Tâche \ Délai	D'ici 1 mois	D'ici 6 mois	D'ici 12 mois	D'ici 24 mois	Jamais
Prescrire médication					
Prescrire laboratoires					
Prescrire un arrêt de travail					
Suivi des médicaments (selon résultats de laboratoire)					
Suivi annuel des patients atteints de TSM de façon chronique					
Évaluation suite à une référence en santé mentale par un MDF					
Émettre une hypothèse clinique					
Suivi des patients hospitalisés en psychiatrie					
Enseignement au patient					
Autres, Précisez :					
Autres, Précisez :					
Autres, Précisez :					

Section 3 – Processus de travail

Q20- Quelle importance accordez-vous au fait qu'une IPSSM ait son propre bureau?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q21- Quelle importance accordez-vous à la proximité du bureau d'une IPSSM et de son psychiatre répondant?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q22- Sur quels indicateurs croyez-vous qu'une IPSSM pourrait avoir une influence?

1 ☐ Qualité des soins 2 ☐ Accessibilité des soins 3 ☐ Diminution des hospitalisations 4 ☐ Diminution des listes d'attente 5 ☐ Autre, précisez : _____

Appendice C
Questionnaire MDF

QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES MÉDECINS DE FAMILLE**UQTR****Université du Québec
à Trois-Rivières****QUESTIONNAIRE : FACTEURS FACILITANTS ET BARRIÈRES AU DÉPLOIEMENT DES
IPSSM****Madame, Monsieur,**

Ce sondage par questionnaire s'inscrit dans le cadre des études de maîtrise de l'étudiante, Frédérique Dontigny.

L'étude a pour objectif principal d'explorer les facteurs qui pourront permettre de faciliter l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) dans les milieux cliniques de même que de connaître les barrières pouvant entraver leur intégration.

Soyez assurés que l'ensemble des données recueillies grâce à ce questionnaire seront traitées de façon anonyme et confidentielle. De plus, il est important de porter à votre attention que certaines données pourraient être utilisées à des fins de publications scientifiques et professionnelles.

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION

Section 1 – Informations générales

Q1 Quel est votre sexe?

- 1 ☐ Homme 2 ☐ Femme

Q2 Quel est votre âge?

- 1 ☐ Entre 20 et 29 ans 2 ☐ Entre 30 et 39 ans
3 ☐ Entre 40 et 49 ans 4 ☐ 50 ans et plus

Q3 Dans quelle région travaillez-vous actuellement ?

- | | |
|---|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Bas-Saint-Laurent | 2 <input type="checkbox"/> Saguenay-Lac-Saint-Jean |
| 3 <input type="checkbox"/> Capitale-Nationale | 4 <input type="checkbox"/> Mauricie |
| 5 <input type="checkbox"/> Estrie | 6 <input type="checkbox"/> Montréal |
| 7 <input type="checkbox"/> Outaouais | 8 <input type="checkbox"/> Abitibi-Témiscamingue |
| 9 <input type="checkbox"/> Côte-Nord | 10 <input type="checkbox"/> Nord-du-Québec |
| 11 <input type="checkbox"/> Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine | 12 <input type="checkbox"/> Chaudière-Appalaches |
| 13 <input type="checkbox"/> Laval | 14 <input type="checkbox"/> Lanaudière |
| 15 <input type="checkbox"/> Laurentides | 16 <input type="checkbox"/> Montérégie |
| 17 <input type="checkbox"/> Centre-du-Québec | |
| 18 <input type="checkbox"/> Je ne sais pas | |

Q4 Indiquez le nombre d'années d'expérience que vous avez en tant que médecin de famille.

- 1 ☐ Moins de cinq ans 2 ☐ 5 à 10 ans
3 ☐ 10 à 15 ans 4 ☐ Plus de 15 ans

Q5 Avez-vous déjà eu des externes et/ou résidents à votre charge en tant que médecin de famille?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Q6 Êtes-vous intéressé(e) de travailler conjointement avec une IPSSM?

- 1 ☐ Oui 2 ☐ Non
3 ☐ Je ne sais pas

Section 2 – Ressources humaines

Q7- Connaissez-vous le rôle envisagé de l'IPSSM?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Q8- Quelle importance accordez-vous au fait que le rôle des IPSSM soit clairement défini?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q9- Quelle importance accordez-vous au fait que le rôle des IPSSM soit uniforme dans tous les milieux? (D'un CISSS/CIUSSS à l'autre)

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q10- Quelle importance accordez-vous au fait que le rôle des IPSSM soit uniforme dans tous les milieux? (Les milieux étant la 1^{re}, 2^e et 3^e lignes)

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q11- Quelle importance accordez-vous au droit d'émettre une hypothèse clinique par les IPSSM?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q12- Quelle importance accordez-vous au droit de prescrire par les IPSSM?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q13- Quel est le nombre d'heures qu'une IPSSM devrait travailler par semaine selon vous?

1 ☐ Moins de 20h 2 ☐ 20 à 29h 3 ☐ 30 à 39h 4 ☐ Plus de 40h

Q14- Comment les tâches d'une IPSSM devraient être divisées selon vous? (En %)

1 ☐ Clinique 2 ☐ En formation

Q15- Quelle est ou quelles sont les intensités de soins qui pourraient être offertes par les IPSSM selon vous?

1 ☐ Léger 2 ☐ Modéré 3 ☐ Grave 4 ☐ Autre, précisez :

Q16- Combien de patients croyez-vous qu'il sera possible que les IPSSM puissent suivre annuellement?

1 ☐ Moins de 200 2 ☐ 200 à 399 3 ☐ 400 à 599 4 ☐ Plus de 600 (précisez) :

Q17- Combien de patients croyez-vous qu'il sera possible que les IPSSM puissent voir dans une journée?

1 ☐ Moins de 5 2 ☐ 5 à 9 3 ☐ 10 à 14 4 ☐ Plus de 15 (précisez) :

Q18- En tant que médecin de famille, croyez-vous que l'expertise d'une IPSSM sera plus grande que la vôtre quant au domaine de la santé mentale?

1 ☐ Oui *2* ☐ Non

Q19- Croyez-vous que l'expertise d'une IPSSM pourra vous être autant bénéfique que celle d'un psychiatre pour vos questions liées aux cas de santé mentale?

1 ☐ Oui *2* ☐ Non

Q20- Croyez-vous que l'expertise d'une IPSSM pourra vous être autant bénéfique que celle d'un psychiatre pour vos références des cas de santé mentale?

1 ☐ Oui *2* ☐ Non

Q21- Quelles tâches pourraient être faites par les IPSSM et d'ici combien de temps?

Tâche \ Délai	D'ici 1 mois	D'ici 6 mois	D'ici 12 mois	D'ici 24 mois	Jamais
Prescrire médication					
Prescrire laboratoires					
Prescrire un arrêt de travail					
Suivi des médicaments (selon résultats de laboratoire)					
Suivi annuel des patients atteints de TSM de façon chronique					
Évaluation suite à une référence en santé mentale par un MDF					
Émettre une hypothèse clinique					
Suivi des patients hospitalisés en psychiatrie					
Enseignement au patient					
Autres, Précisez :					
Autres, Précisez :					
Autres, Précisez :					

Section 3 – Processus de travail

Q22- Quelle importance accordez-vous au fait qu'une IPSSM ait son propre bureau?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q23- Quelle importance accordez-vous à la proximité du bureau d'une IPSSM et de son psychiatre répondant?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q24- Sur quels indicateurs croyez-vous qu'une IPSSM pourrait avoir une influence?

1 ☐ Qualité des soins 2 ☐ Accessibilité des soins 3 ☐ Diminution des hospitalisations 4 ☐ Diminution des listes d'attente 5 ☐ Autre, précisez :

Section 4 – Environnement psychosocial du travail

Q25- Comment envisagez-vous l'arrivée des IPSSM?

1 ☐ Très hâte 2 ☐ Hâte 3 ☐ Plus ou moins hâte 4 ☐ Craintes 5 ☐ Pas envie

Q26- Quelle importance accordez-vous à la collaboration entre une IPSSM et son psychiatre répondant?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q27- Quelle importance accordez-vous à la collaboration d'une IPSSM avec les autres professionnels de la santé (ergothérapeute, infirmière clinicienne, travailleuse sociale, psychologue, ...)?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q28- Quelle importance accordez-vous à la communication entre une IPSSM et son psychiatre répondant?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q29- Quelle importance accordez-vous à la communication entre une IPSSM et un médecin de famille ayant référé un patient en santé mentale?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Tout commentaire face au déploiement des IPSSM sera bienvenue :

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION!

Appendice D
Questionnaire IPSPL

**QUESTIONNAIRE AUPRÈS DES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES EN
PREMIÈRE LIGNE**



**QUESTIONNAIRE : FACTEURS FACILITANTS ET BARRIÈRES AU DÉPLOIEMENT DES
IPSSM**

Madame, Monsieur,

Ce sondage par questionnaire s'inscrit dans le cadre des études de maîtrise de l'étudiante, Frédérique Dontigny.

L'étude a pour objectif principal d'explorer les facteurs qui pourront permettre de faciliter l'intégration des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM) dans les milieux cliniques de même que de connaître les barrières pouvant entraver leur intégration.

Soyez assurés que l'ensemble des données recueillies grâce à ce questionnaire seront traitées de façon anonyme et confidentielle. De plus, il est important de porter à votre attention que certaines données pourraient être utilisées à des fins de publications scientifiques et professionnelles.

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION

Section 1 – Informations générales

Q1 Quel est votre sexe?

1 ☐ Homme 2 ☐ Femme

Q2 Quel est votre âge?

1 ☐ Entre 20 et 29 ans 2 ☐ Entre 30 et 39 ans
3 ☐ Entre 40 et 49 ans 4 ☐ 50 ans et plus

Q3 Dans quelle région travaillez-vous actuellement ?

1 <input type="checkbox"/> Bas-Saint-Laurent	2 <input type="checkbox"/> Saguenay-Lac-Saint-Jean
3 <input type="checkbox"/> Capitale-Nationale	4 <input type="checkbox"/> Mauricie
5 <input type="checkbox"/> Estrie	6 <input type="checkbox"/> Montréal
7 <input type="checkbox"/> Outaouais	8 <input type="checkbox"/> Abitibi-Témiscamingue
9 <input type="checkbox"/> Côte-Nord	10 <input type="checkbox"/> Nord-du-Québec
11 <input type="checkbox"/> Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	12 <input type="checkbox"/> Chaudière-Appalaches
13 <input type="checkbox"/> Laval	14 <input type="checkbox"/> Lanaudière
15 <input type="checkbox"/> Laurentides	16 <input type="checkbox"/> Montérégie
17 <input type="checkbox"/> Centre-du-Québec	
18 <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	

Q4 Indiquez le nombre d'années d'expérience que vous avez en tant qu'IPSPL.

1 ☐ Moins de cinq ans 2 ☐ 5 à 10 ans
3 ☐ 10 à 15 ans 4 ☐ Plus de 15 ans

Q5 Avez-vous déjà eu des étudiantes et/ou candidates IPSPL à votre charge en tant qu'IPSPL?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Q6 Êtes-vous intéressé(e) de travailler conjointement avec une IPSSM?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non
3 ☐ Je ne sais pas

Section 2 – Ressources humaines

Q7- Connaissez-vous le rôle envisagé de l'IPSSM?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Q8- Quelle importance accordez-vous au fait que le rôle des IPSSM soit clairement défini?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q9- Quelle importance accordez-vous au fait que le rôle des IPSSM soit uniforme dans tous les milieux? (D'un CISSS/CIUSSS à l'autre)

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q10- Quelle importance accordez-vous au fait que le rôle des IPSSM soit uniforme dans tous les milieux? (Les milieux étant la 1^{ère}, 2^e et 3^e lignes)

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q11- Quelle importance accordez-vous au droit d'émettre une hypothèse clinique par les IPSSM?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q12- Quelle importance accordez-vous au droit de prescrire par les IPSSM?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q13- Quel est le nombre d'heures qu'une IPSSM devrait travailler par semaine selon vous?

1 ☐ Moins de 20h 2 ☐ 20 à 29h 3 ☐ 30 à 39h 4 ☐ Plus de 40h

Q14- Comment les tâches d'une IPSSM devraient être divisées selon vous? (En %)

1 ☐ Clinique 2 ☐ En formation

Q15- Quelle est ou quelles sont les intensités de soins qui pourraient être offertes par les IPSSM selon vous?

1 ☐ Léger 2 ☐ Modéré 3 ☐ Grave 4 ☐ Autre, précisez :

Q16- Combien de patients croyez-vous qu'il sera possible que les IPSSM puissent suivre annuellement?

1 ☐ Moins de 200 2 ☐ 200 à 399 3 ☐ 400 à 599 4 ☐ Plus de 600 (précisez) :

Q17- Combien de patients croyez-vous qu'il sera possible que les IPSSM puissent voir dans une journée?

1 ☐ Moins de 5 2 ☐ 5 à 9 3 ☐ 10 à 14 4 ☐ Plus de 15 (précisez) :

Q18- En tant qu'IPSPL, croyez-vous que l'expertise d'une IPSSM sera plus grande que la vôtre quant au domaine de la santé mentale?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Q19- Croyez-vous que l'expertise d'une IPSSM pourra vous être autant bénéfique que celle d'un psychiatre pour vos questions liées aux cas de santé mentale?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Q20- Croyez-vous que l'expertise d'une IPSSM pourra vous être autant bénéfique que celle d'un psychiatre pour vos références des cas de santé mentale?

1 ☐ Oui 2 ☐ Non

Q21- Quelles tâches pourraient être faites par les IPSSM et d'ici combien de temps?

Tâche \ Délai	D'ici 1 mois	D'ici 6 mois	D'ici 12 mois	D'ici 24 mois	Jamais
Prescrire médication					
Prescrire laboratoires					
Prescrire un arrêt de travail					
Suivi des médicaments (selon résultats de laboratoire)					
Suivi annuel des patients atteints de TSM de façon chronique					
Évaluation suite à une référence en santé mentale par un MDF					
Émettre une hypothèse clinique					
Suivi des patients hospitalisés en psychiatrie					
Enseignement au patient					
Autres, Précisez :					
Autres, Précisez :					
Autres, Précisez :					

Q22- Considérant que des modifications sont en cours au niveau des lignes directrices pour la pratique des IPSPL et des IPSSM, quel est votre avis quant à la division des rôles et responsabilités d'une IPSPL?

1 <input type="checkbox"/> IPSPL traite principalement des problèmes de santé physique et peut aussi traiter des problèmes de santé mentale léger pendant quelques mois avant de référer aux IPSSM.	2 <input type="checkbox"/> IPSPL traite uniquement des problèmes de santé physique et doit référer aux IPSSM tous les problèmes de santé mentale.	3 <input type="checkbox"/> IPSPL traite les problèmes de santé physique et de santé mentale sans avoir à travailler avec l'IPSSM.
---	---	---

Section 3 – Processus de travail

Q23- Quelle importance accordez-vous au fait qu'une IPSSM ait son propre bureau?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q24- Quelle importance accordez-vous à la proximité du bureau d'une IPSSM et de son psychiatre répondant?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q25- Sur quels indicateurs croyez-vous qu'une IPSSM pourrait avoir une influence?

1 ☐ Qualité des soins 2 ☐ Accessibilité des soins 3 ☐ Diminution des hospitalisations 4 ☐ Diminution des listes d'attente 5 ☐ Autre, précisez :

Section 4 – Environnement psychosocial du travail

Q26- Comment envisagez-vous l'arrivée des IPSSM?

1 ☐ Très hâte 2 ☐ Hâte 3 ☐ Plus ou moins hâte 4 ☐ Craintes 5 ☐ Pas envie

Q27- Quelle importance accordez-vous à la collaboration entre une IPSSM et son psychiatre répondant?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q28- Quelle importance accordez-vous à la collaboration d'une IPSSM avec les autres professionnels de la santé (ergothérapeute, infirmière clinicienne, travailleuse sociale, psychologue, ...)?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q29- Quelle importance accordez-vous à la communication entre une IPSSM et son psychiatre répondant?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q30- Quelle importance accordez-vous à la communication entre une IPSSM et un médecin de famille ayant référé un patient en santé mentale?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Q31- Quelle importance accordez-vous à la communication entre une IPSSM et une IPSPL?

1 ☐ Très important 2 ☐ Important 3 ☐ Plus ou moins important 4 ☐ Peu important 5 ☐ Pas important

Tout commentaire face au déploiement des IPSSM sera bienvenue :

MERCI DE VOTRE PRÉCIEUSE COLLABORATION!

Appendice E
Certificat d'éthique UQTR



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Vers un déploiement réussi des IPSSM!

Chercheur(s) : Frédérique Dontigny
Département des sciences infirmières

Organisme(s) : Aucun financement

N° DU CERTIFICAT : CER-18-246-07.20

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 19 juin 2018 au 19 juin 2019

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage à :

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Décanat de la recherche et de la création

Date d'émission : 19 juin 2018

Appendice F
Certificat d'éthique CISSS de Lanaudière

PAR COURRIEL

Joliette, le 4 septembre 2018

Madame Frédérique Dontigny
Université du Québec à Trois-Rivières
Département des sciences infirmières
3351, boul. des Forges
Trois-Rivières (Québec) G8Z 4M3
frederique.dontigny@uqtr.ca

N/Réf. : 318-13N-L14

Objet : Autorisation de réaliser la recherche

Madame Dontigny,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche suivante : ***Vers un déploiement réussi des IPSSM***, sous les auspices du CISSS de Lanaudière.

Cette autorisation institutionnelle vous permet de réaliser la recherche dans les lieux suivants : Centre hospitalier de Lanaudière et GMF-U de Saint-Charles-Borromée.

Pour vous donner cette autorisation, notre établissement a procédé à l'examen de la convenance institutionnelle et vous confirme son résultat positif. De ce fait, tel que convenu avec Mme Annie Plante, directrice à la direction des programmes santé mentale et dépendance, vous pouvez contacter Dre Marie-Michèle Gagné, psychiatre au centre hospitalier de Lanaudière, à l'adresse courriel suivante gagnemariemichèle@gmail.com. De plus, tel que convenu avec Mme Marie-Pierre Girard, chef de service du GMF-U, vous pouvez également contacter Dr Jean-Sébastien Paquette à l'adresse courriel suivante jsp26@videotron.ca. Vous pouvez donc discuter avec ceux-ci des modalités de recrutement des participants et du déroulement de votre projet de recherche.

L'examen éthique a été effectué par le CISSS de Lanaudière. Ce dernier :

- agit comme CÉR évaluateur pour ce projet, conformément au Cadre de référence des établissements publics du RSSS pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement;
- a confirmé dans sa lettre du 17 juillet 2018 le résultat positif de l'examen scientifique et dans sa lettre du 17 août 2018 de l'examen éthique du projet;

.../2

Madame Frédérique Dontigny

- 2 -

Le 4 septembre 2018

- a approuvé la version réseau des formulaires de consentement utilisée pour cette recherche. Si le CÉR évaluateur juge que les changements apportés à la version réseau du formulaire de consentement affectent l'acceptabilité éthique du projet, il suspendra son approbation éthique pour l'établissement (art. 11.6.).

Nous accusons réception des formulaires de consentement que vous avez préparés pour notre établissement à partir de la version réseau.

Cette autorisation vous est donnée à condition que vous vous engagiez à :

- respecter les dispositions du Cadre de référence se rapportant à votre recherche;
- respecter le cadre réglementaire de notre établissement sur les activités de recherche, notamment pour l'identification des participants à la recherche;
- utiliser la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur, les seuls changements apportés, si c'est le cas, étant d'ordre administratif et identifiés de façon à ce que le CÉR évaluateur puisse en prendre connaissance;
- respecter les exigences fixées par le CÉR évaluateur pour le suivi éthique continu de la recherche.

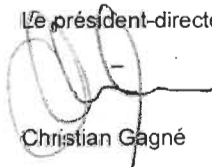
L'approbation éthique de votre recherche est d'une durée limitée de 1 an et doit donc être renouvelée annuellement à la date indiquée par le CÉR évaluateur.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

La personne à joindre pour toute question relative à cette autorisation ou à son renouvellement ou au sujet de changements d'ordre administratif qui auraient été apportés à la version des documents se rapportant à la recherche approuvée par le CÉR évaluateur est l'équipe de la coordination de la recherche, au (450) 654-7525, poste 22227, recherche.cisssl@ssss.gouv.qc.ca.

Veuillez agréer, Madame, nos salutations distinguées.

Le président-directeur général adjoint,



Christian Gagné

- c. c. Mme Vicky Kaseka, chef enseignement non médical et recherche par intérim, CISSSL
 Mme Annie Plante, directrice de la direction des programmes en santé mentale et dépendance, CISSSL
 Dr Jean-Sébastien Paquette, médecin, CISSSL
 Mme Marie-Pierre Girard, chef de service du GMF-U, CISSSL
 Mme Josée Gagnon, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, CISSSL
 Mme Lise Poisblaud, coordonnatrice, RRAPPL-UL
 Mme Liette St-Pierre, directrice de recherche, UQTR

Appendice G
Lettre d'appui RRAPPL-UL



Québec, le 29 août 2018

Madame Frédérique Dontigny,
3351, boul. des Forges, C.P. 500,
Trois-Rivières (Québec) G8Z 4M3

Objet : Lettre d'appui au projet : *Vers un déploiement réussi des IPSSM!*

Madame Dontigny,

Je vous confirme, par la présente, l'intérêt du Réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne (RRAPPL) de l'Université Laval pour le projet intitulé « *Vers un déploiement réussi des IPSSM!* ».

Les douze Groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) du RUIS-Laval font partie du Réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne de l'Université Laval. Notre réseau comprend plus de 250 clinicien(ne)s et environ 92 000 patient(e)s inscrits. De plus, le RRAPPL de l'Université Laval fait partie d'un consortium Nord-Américain de sept réseaux de recherche, nommé Meta-Larc (*Meta-network Learning and Research Center*).

Le projet a pour objectif principal d'explorer les facteurs qui pourront permettre de faciliter l'intégration des infirmier(ère)s praticien(ne)s spécialisé(e)s en santé mentale (IPSSM) dans les milieux cliniques de même que de connaître les barrières pouvant entraver leur intégration. L'échantillon sera constitué des étudiant(e)s IPSSM, de psychiatres et de médecins de famille. Le questionnaire permettra de donner un aperçu de la vision des futures IPSSM quant à divers aspects, par exemple leur rôle, leur clientèle et leur milieu. Cette vision selon les étudiantes, psychiatres et médecins de famille nous aidera à cibler certains facteurs facilitants et certaines barrières au déploiement des IPSSM. Ainsi, votre projet nous apparaît pertinent et nous croyons qu'il est important d'étudier les facteurs facilitants, ainsi que les barrières entravant l'intégration des IPSSM dans les milieux cliniques, dans une visée d'optimisation des ressources humaines et d'organisation du système de santé et services sociaux.

Vous nous avez informés que vous avez prévu de recruter des médecins de famille au GMF-U Saint-Charles-Borromée situés à Joliette. Veuillez noter que le RRAPPL-UL vous soutiendra dans votre démarche pour le recrutement et que vous aurez accès à nos salles de recherche déjà équipées pour enregistrer les rencontres qui seront réalisées dans le cadre de votre projet.

Soyez donc assurée de notre intérêt pour une éventuelle participation à ce projet. Veuillez agréer, Frédérique Dontigny, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Jean-Sébastien Paquette, MD
Directeur clinique, Réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne (RRAPPL)
Département de médecine familiale et de médecine d'urgence, GMF-U Saint-Charles-Borromée
Université Laval

Appendice H
Acceptation de modification par UQTR



Le 4 octobre 2018

Madame Frédérique Dontigny
Étudiante
Département des sciences infirmières

Madame,

Les membres du comité d'éthique de la recherche vous remercient de leur avoir acheminé une demande de modifications pour votre protocole de recherche intitulé **Vers un déploiement réussi des IPSSM** (CER-18-246-07.20) en date du 4 octobre 2018.

Le comité a accepté la modification consistant à l'ajout de participants (50 IPSPL).

Cette décision porte le numéro CER-18-250-08-01.25.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FANNY LONGPRÉ
Agente de recherche
Décanat de la recherche et de la création

FL/mct

c. c. Mme Liette St-Pierre, professeure au Département des sciences infirmières

Appendice I
Formulaire d'information et de consentement



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec 

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche :	Vers un déploiement réussi des IPSSM!
Chercheur responsable du projet de recherche :	Liette St-Pierre, Sciences infirmières, UQTR, directrice de recherche.
Membres de l'équipe de recherche :	Frédérique Dontigny, Sciences infirmières, Maîtrise en sciences infirmières avec mémoire, UQTR
Source de financement :	Aucune source de financement.
Déclaration de conflit d'intérêts :	Aucun conflit d'intérêt.

Préambule

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les facteurs facilitants et les barrières face au déploiement des infirmières praticiennes spécialisées en santé mentale (IPSSM), serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet. Dans le cadre de cette recherche, la participation des étudiantes actuellement inscrites au programme d'IPSSM ainsi que les psychiatres du CISSSL et les médecins de famille ainsi qu'IPSP des GMF et GMF-U de Joliette est sollicitée. Il est souhaité que toutes les étudiantes IPSSM de l'UQTR répondent au questionnaire ainsi qu'une dizaine de psychiatres, de médecins de famille et d'IPSP.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

Objectifs et résumé du projet de recherche

Les objectifs de ce projet de recherche sont de cibler les facteurs facilitants en ce qui concerne le déploiement des IPSSM pour encourager la mise en œuvre de ces facteurs. Ensuite, les barrières pouvant entraver le déploiement des IPSSM seront ciblées pour émettre des recommandations afin de limiter ces barrières. Ainsi, cela permettra d'optimiser le déploiement des IPSSM dans les milieux.



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière



Nature et durée de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche consiste à répondre à un questionnaire de près de 30 questions à choix de réponses. La durée du questionnaire sera alors de 15 minutes tout au plus.

Risques et inconvénients

Aucun risque n'est associé à votre participation. Le temps consacré au projet, soit environ 15 minutes, demeure le seul inconvénient.

Avantages ou bénéfices

Vous ne retirerez aucun avantage personnel si vous participez à ce projet. Vous contribuerez cependant à informer les différentes instances en sciences infirmières du rôle attendu de l'IPSSM, et aider les différents milieux à se modular pour bien intégrer les premières IPSSM »

Compensation ou incitatif

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par le retrait de toutes informations personnelles permettant de vous identifier. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles, du mémoire et de présentations ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées dans une base de données protégée par un mot de passe. La seule personne qui y aura accès est Frédérique Dontigny. Cette dernière a signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites suite au dépôt et de l'approbation du mémoire final, soit en avril 2019, et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Si vous vous retirez durant le projet, les données de votre questionnaire ne seront pas comptabilisées.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Frédérique Dontigny au 450-559-3883.

Surveillance des aspects éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-18-246-07.20 a été émis le 19 juin 2018.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec 

Pour toute question concernant les aspects éthiques du projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche du CISSS de Lanaudière : par téléphone au 450-654-7525 poste 22227 ou encore par courriel à recherche.ciessleran@ssss.gouv.qc.ca.

Si vous souhaitez vous renseigner sur vos droits ou pour formuler une plainte, vous pouvez aussi joindre le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CISSS de Lanaudière : par téléphone au 450-759-5333 ou encore par courriel à gaetan.thibaudeau@ssss.gouv.qc.ca.

CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Frédérique Dontigny, m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *Vers un déploiement réussi des IPSSM*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant:	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :